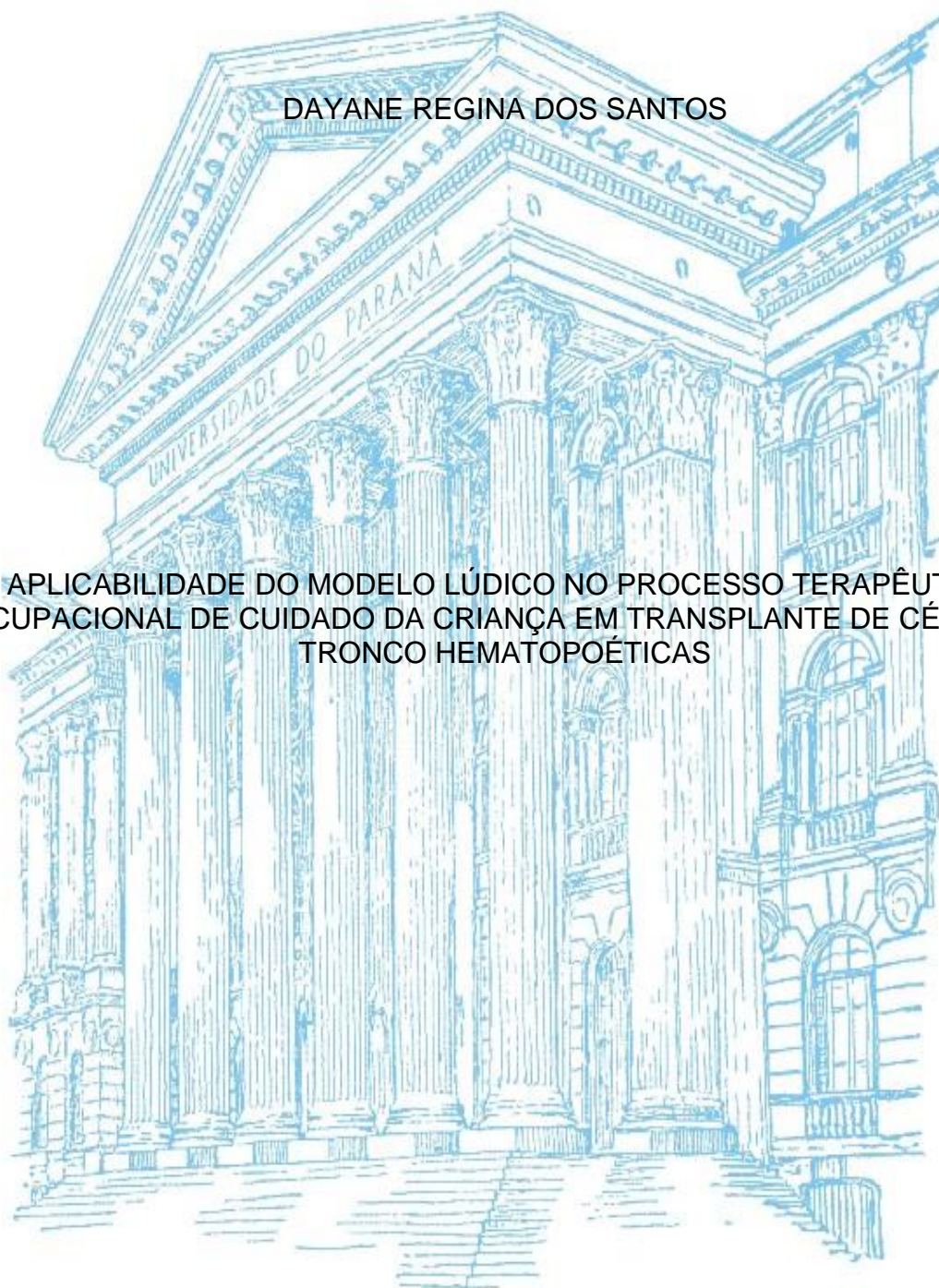


UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

DAYANE REGINA DOS SANTOS

APLICABILIDADE DO MODELO LÚDICO NO PROCESSO TERAPÊUTICO
OCUPACIONAL DE CUIDADO DA CRIANÇA EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-
TRONCO HEMATOPOÉTICAS



CURITIBA
2013

DAYANE REGINA DOS SANTOS

APLICABILIDADE DO MODELO LÚDICO NO PROCESSO TERAPÊUTICO
OCUPACIONAL DE CUIDADO DA CRIANÇA EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-
TRONCO HEMATOPOÉTICAS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, área de concentração: Prática Profissional de Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Nen Nalú Alves das Mercês.

CURITIBA
2013

Santos, Dayane Regina dos
Aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico
ocupacional de cuidado da criança em transplante de células-tronco
hematopoéticas / Dayane Regina dos Santos - Curitiba, 2013.
138 f. : il. (algumas color.) ; 30 cm

Orientadora: Professora Dr^a. Nen Nalú Alves das Mercês
Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem. Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do
Paraná, 2013.

Inclui bibliografia

1. Ludoterapia. 2. Jogos e brinquedos. 3. Criança hospitalizada.
4. Transplante de células-tronco hematopoéticas. I. Mercês, Nen Nalú
Alves das. II. Universidade Federal do Paraná. III. Título.

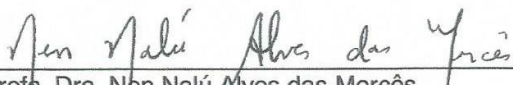
CDD 618.9200231

TERMO DE APROVAÇÃO


DAYANE REGINA DOS SANTOS

APLICABILIDADE DO MODELO LÚDICO NO PROCESSO TERAPEUTICO OCUPACIONAL DE CUIDADO DA CRIANÇA EM TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

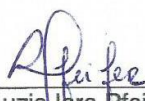
Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Enfermagem, Área de concentração Prática Profissional de Enfermagem, do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: 

Profa. Dra. Nen Nalú Alves das Mercês
Presidente da Banca: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Maria de Fátima Mantovani
Membro Titular: Universidade Federal do Paraná - UFPR



Profa. Dra. Luzia Lara Pfeifer
Membro Titular: Universidade de São Paulo - USP

Curitiba, 09 de dezembro de 2013.

A todas as crianças que diariamente me ensinam a ser uma pessoa melhor, mais forte e mais feliz.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade da experiência terrena e por demonstrar constantemente o Seu imenso amor.

Agradeço aos meus pais por me mostrarem os caminhos e me ensinarem a percorrê-los. Aos irmãos queridos pelo constante apoio e carinho. E à essa célula pela minha maravilhosa infância, base do que sou hoje.

Ao Guilherme, meu marido e meu amor, pela compreensão, paciência e por estar sempre ao meu lado. E por ter me ensinado, desde o momento em que nos conhecemos, que vale a pena viver cada segundo e acreditar que é possível.

Aos amigos pelo estímulo, acolhimento, frases e ações que me motivaram sempre.

À Prof^a Dr^a Nen Nalú, pela presença doce e tranquila, pela maneira ímpar com que conduziu todo o processo de orientação, por acreditar em meu ideais e por me conceder a honra de ser sua primeira mestranda.

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, pela oportunidade e pelo acolhimento.

Aos eternos mestres do Departamento de Terapia Ocupacional, sempre presentes e vibrando comigo a cada conquista.

À toda a equipe do Serviço de Transplante de Medula Óssea pelo apoio e pelo carinho que dedicam à tia Day.

À Regininha pelo modelo de pessoa e profissional e por dividir comigo seu conhecimento e experiência.

Às terapeutas ocupacionais residentes Morgana e Renata por toda a força e ajuda nesse último ano tão conturbado.

A todos que de alguma estiveram envolvidos nesse processo de crescimento pessoal e profissional.

Às crianças e aos pais que tornaram essa pesquisa possível.

“Há um menino, há um moleque
Morando sempre no meu coração
Toda vez que o adulto fraqueja
Ele vem pra me dar a mão.”

Milton Nascimento e Fernando Brant

RESUMO

SANTOS, D. R. **Aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança em transplante de células-tronco hematopoéticas**. 2013. 138 f. Dissertação [Mestrado em Enfermagem] – Universidade Federal do Paraná, Curitiba. Orientadora: Prof^a Dr^a Nen Nalú Alves das Mercês.

Trata-se de pesquisa metodológica com o objetivo de analisar a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado da criança hospitalizada para realização do Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH). O local da pesquisa foi o Serviço de Transplante de Medula Óssea de um hospital geral de ensino situado na região sul do Brasil. A coleta de dados realizou-se no período de setembro de 2012 a junho de 2013. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do hospital de ensino com o parecer nº 100.88. Os participantes foram 16 crianças com idades entre três e dez anos, hospitalizadas para a realização do TCTH, 15 mães e um pai (seus acompanhantes). A aplicação do modelo seguiu as etapas de avaliação, planejamento e intervenção, e acompanhamento da evolução do comportamento lúdico das crianças. O processo avaliativo ocorreu por meio dos instrumentos: Entrevista Inicial com os Pais sobre o Comportamento Lúdico da Criança (EIP) e Avaliação do Comportamento Lúdico (ACL). As atividades lúdicas foram planejadas com base no processo avaliativo e nas características individuais de cada criança. A intervenção se deu por meio da realização de atividades lúdicas, com três encontros semanais programados. Os encontros foram filmados e dados subjetivos adicionais registrados em diário de campo. O instrumento Evolução do Comportamento Lúdico (ECL) foi utilizado para acompanhar o desempenho da criança nas atividades lúdicas durante o processo de cuidado, realizado até a alta hospitalar. A EIP e a ACL se revelaram fundamentais para conhecer a criança e seus hábitos lúdicos antes da hospitalização e contribuíram para uma abordagem personalizada. Os resultados apontaram que houve evolução ou manutenção do comportamento lúdico da maioria dos participantes. As crianças apresentaram-se, de maneira geral, motivadas para brincar, atentas, participativas e comunicativas, apesar da queixa de dor e mal estar observada em alguns momentos. Verificou-se que o brincar permitiu a construção do vínculo terapêutico e a inclusão de momentos lúdicos na rotina do hospital, contribuindo para a manutenção do papel ocupacional de brincador das crianças. A sonolência causada pela analgesia e por medicação pré-infusão de hemoderivados foi o principal motivo de não realização dos encontros programados. Considerou-se o Modelo Lúdico aplicável ao contexto e os protocolos adaptados adequados às necessidades específicas das crianças hospitalizadas. Sugere-se realização de pesquisas futuras que conduzam à validação de tais protocolos.

Palavras-chave: Modelo lúdico. Criança hospitalizada. Jogos e brinquedos. Transplante de células-tronco hematopoéticas.

ABSTRACT

SANTOS, D. R. **Applicability of the Ludic Model in the occupational therapeutic process of caring for the child in hematopoietic stem-cell transplantation.** 2013. 132 p. Dissertation [Master's Degree in Nursing] – Federal University of Paraná, Curitiba. Advisor: Prof Dr Nen Nalú Alves das Mercês.

This is a methodological research which had as overall objective to assay the applicability of the Ludic Model during the occupational therapeutic process of caring for the child hospitalized for procedure of hematopoietic stem-cell transplantation (HSCT). The research took place at a Bone Marrow Transplantation Unit of a general university hospital located in Curitiba and the data collection happened between September 2012 and June 2013. The participants were 16 children aged between three and ten years old, hospitalized for HSTC, 15 mothers and one father (their caregivers). The application of the model followed the evaluation, planning and intervention steps, and also the follow-up of the development of the ludic behavior of the children. The evaluation process happened by means of the following tools: Initial Interview with Parents about Ludic Behavior of the Child (IIP) and Ludic Behavior Evaluation (LBE). The ludic activities were planned based on the evaluation process and on the individual characteristics of each child. The intervention occurred through performing playful activities, with three scheduled weekly meetings. The meetings were videotaped and additional subjective data were registered in a field journal. The tool Ludic Behavior Performance (LBP) was used to follow the child's performance in the playful activities during the process of care, performed until hospital discharge. The IIP and LBE showed to be central in getting to know the child and his/her ludic habits prior to hospitalization, and they contributed to a personalized approach. Evolution or maintenance of ludic behavior was observed in most participants. Drowsiness caused by analgesia and pre-medication for infusion of blood components was the main reason for not conducting the scheduled meetings. In general, the children proved to be motivated to play, attentive, participative and communicative during ludic activities. The play allowed the development of therapeutic bond and the inclusion of play times in hospital routine, contributing to keeping the occupational role of the child as one who plays. The Ludic Model was considered applicable to the context and the adapted protocols met the specific needs of the hospitalized child. We indicate the need for future research that may lead to the validation of these protocols.

Key-words: Ludic Model. Hospitalized child. Play and play things. Hematopoietic stem-cell transplantation.

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 –	CARACTERÍSTICAS DA ATITUDE LÚDICA DAS CRIANÇAS.....	52
GRÁFICO 2 –	EXPRESSÃO DE NECESSIDADES E SENTIMENTOS DAS CRIANÇAS DURANTE A BRINCADEIRA.....	54
GRÁFICO 3 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C1M7.....	71
GRÁFICO 4 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C2M9.....	72
GRÁFICO 5 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C3M9.....	72
GRÁFICO 6 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C4M10.....	73
GRÁFICO 7 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C5F7.....	73
GRÁFICO 8 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C6M3.....	74
GRÁFICO 9 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C7M8.....	74
GRÁFICO 10 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C8M8.....	75
GRÁFICO 11 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C9M8.....	75
GRÁFICO 12 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C10M8.....	76
GRÁFICO 13 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C11M5.....	76
GRÁFICO 14 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C12F9.....	77
GRÁFICO 15 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C13F6.....	77
GRÁFICO 16 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C14M9.....	78
GRÁFICO 17 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C15M4.....	78
GRÁFICO 18 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C16M4.....	79

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C1M7.....	56
QUADRO 2 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C2M9.....	57
QUADRO 3 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C3M9.....	58
QUADRO 4 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C4M10.....	59
QUADRO 5 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C5F7.....	60
QUADRO 6 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C6M3.....	61
QUADRO 7 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C7M8.....	61
QUADRO 8 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C8M8.....	62
QUADRO 9 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C9M8.....	63
QUADRO 10 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C10M8.....	64
QUADRO 11 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C11M5.....	65
QUADRO 12 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C12F9.....	66
QUADRO 13 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C13F6.....	67
QUADRO 14 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C14M9.....	68
QUADRO 15 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C15M4.....	69
QUADRO 16 –	ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS C16M4.....	70

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS POR FAIXA ETÁRIA, SEXO, PROCEDÊNCIA E ESCOLARIDADE.....	46
TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS CRIANÇAS POR DIAGNÓSTICO, TIPO DE TCTH E PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO.....	47
TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS DAS CRIANÇAS POR VÍNCULO, IDADE, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO E TEMPO DE ACOMPANHAMENTO.....	48
TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS QUE DESPERTAM O INTERESSE DA CRIANÇA EM CASA.....	49
TABELA 5 – IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO BRINCAR NO COTIDIANO DA CRIANÇA.....	50
TABELA 6 – MANEIRAS DE BRINCAR DAS CRIANÇAS EM CASA.....	50
TABELA 7 – FORMAS DE EXPRESSÃO DA CRIANÇA EM RELAÇÃO AOS SENTIMENTOS.....	51
TABELA 8 – INTERESSES E CAPACIDADES LÚDICAS BÁSICAS DA CRIANÇA.....	53

LISTA DE SIGLAS

TCTH -	Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas
HLA -	Human Leukocyte Antigens – Antígenos de Histocompatibilidade Humanos
EIP -	Entrevista Inicial com os Pais sobre o Comportamento Lúdico da Criança
ACL -	Avaliação do Comportamento Lúdico
ECL -	Evolução do Comportamento Lúdico: atitude e ação
STMO -	Serviço de Transplante de Medula Óssea
SUS -	Sistema Único de Saúde
SAREH -	Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar
NEPECHE -	Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem
PPGENF -	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
UFPR -	Universidade Federal do Paraná
UHHO -	Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos
CNS -	Conselho Nacional de Saúde
ECA -	Estatuto da Criança e do Adolescente
AP -	Aparentado
NAP -	Não Aparentado
MO -	Medula Óssea
APLO -	Aploidêntico
SCU -	Sangue de Cordão Umbilical
EF -	Ensino Fundamental
EM -	Ensino Médio
D-X -	Dias que antecedem o TCTH em ordem decrescente
D+X -	Dias subsequentes ao TCTH em ordem crescente
D0 -	Dia do TCTH
R -	Realizado
NR -	Não Realizado

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS.....	18
2.1 OBJETIVO GERAL.....	18
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
3 REVISÃO DE LITERATURA.....	19
3.1 A CRIANÇA E O BRINCAR.....	19
3.2 A CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA A REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS.....	26
3.3 BRINCAR NO HOSPITAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO.....	28
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	32
5 PERCURSO METODOLÓGICO.....	36
5.1 TIPO DE PESQUISA.....	36
5.2 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA.....	36
5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES.....	38
5.4 ASPECTOS DA DIMENSÃO ÉTICA.....	39
5.5 COLETA DE DADOS.....	40
5.5.1 Primeira Etapa: Recrutamento dos Participantes da Pesquisa.....	40
5.5.2 Segunda Etapa: Avaliação do Comportamento Lúdico.....	41
5.5.3 Terceira Etapa: Aplicação do Modelo Lúdico.....	42
5.6 ANÁLISE DE DADOS.....	44
6 RESULTADOS.....	46
6.1 CONHECENDO A CRIANÇA.....	46
6.1.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa.....	46
6.1.2 Percepção dos Pais sobre o Brincar das Crianças.....	49
6.1.3 Avaliação do Comportamento Lúdico antes do TCTH.....	51
6.2 CUIDANDO E BRINCANDO.....	54
6.2.1 Relato Individualizado do Processo de Cuidar e Brincar.....	55
6.2.2 Evolução do Comportamento Lúdico.....	70
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	80

8 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA APLICABILIDADE DO MODELO	
LÚDICO.....	85
8.1 ETAPA TEÓRICA.....	85
8.2 ETAPA EMPÍRICA / EXPERIMENTAL.....	86
8.2.1 Princípios Diretores da Abordagem.....	88
8.2.2 Intervenção.....	89
8.2.3 Evolução da Terapia.....	91
8.3 ETAPA ANALÍTICA.....	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	93
REFERÊNCIAS.....	96
APÊNDICES.....	106
ANEXOS.....	125

1 INTRODUÇÃO

A infância é um período fundamental do desenvolvimento humano, durante o qual ocorre a aquisição de habilidades neuropsicomotoras e sociais. O papel ocupacional da criança, que abrange suas principais atividades produtivas diárias, é o de brincador, podendo dividir-se com o de estudante, de acordo com a faixa etária (PARHAM, 2008). O desenvolvimento dessas habilidades e a oportunidade de engajamento no brincar preparam a criança para as diversas atividades que deverá realizar ao longo da vida.

O envolvimento em ocupações, ou atividades, estrutura a vida cotidiana e contribui para o bem estar e para a promoção da saúde (AOTA, 2008). Nesse sentido, Bueno (2007) ressalta que a constituição das habilidades humanas está associada e sofre interferência das experiências e trajetórias de vida do sujeito e de sua família.

Na situação de enfermidade a criança, muitas vezes, vive uma mudança em sua rotina, que passa a ser permeada por consultas médicas e exames. Essa condição é agravada com a necessidade de hospitalização, que pode fazer a criança deixar para trás sonhos, desejos, ocupações, divertimentos, e levar a uma ruptura em sua história de vida pessoal (PENGO; SANTOS, 2004). Além disso, a dor, o desconforto físico, a restrição às atividades diárias, o medo da morte e do agravo da doença podem ser fontes de sofrimento decorrentes do processo de adoecimento e hospitalização (VASQUES; BOUSSO; MENDES-CASTILHO, 2011). Dessa forma, considera-se a experiência de hospitalização durante a infância como uma situação potencialmente traumática, que pode prejudicar o desenvolvimento (MITRE; GOMES, 2007).

A criança que necessita ser submetida ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) permanece hospitalizada por um longo período. O TCTH é um processo terapêutico de alta complexidade, destinado a restabelecer a função medular e imune de pacientes com uma série de doenças malignas e não-malignas, herdadas e adquiridas (STELMATCHUCK *et al.*, 2004). As unidades de internação para o TCTH apresentam restrições indispensáveis à prevenção do agravo das condições clínicas das crianças, que se encontram imunodeprimidas. Tais restrições não são bem compreendidas pelas mesmas, pois podem representar a privação do contato com alimentos, objetos, atividades e pessoas que lhes são significativos.

Nesse contexto, o brincar pode ser visto como uma estratégia de cuidado à criança, contribuindo para a humanização da assistência e a manutenção do papel ocupacional de brincador, fundamental para o desenvolvimento infantil saudável. Na Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – Versão para Crianças e Jovens (CIF-CJ, 2011), a participação em jogos e brincadeiras é considerada uma das áreas principais da vida, sendo que participar é o ato de se envolver em uma situação vital. Da mesma forma, a *American Association of Occupational Therapy* (AOTA, 2008), considera o brincar como uma das áreas de ocupação humanas e uma questão de justiça ocupacional, que a criança se envolva em ocupações que trazem propósito e significado a sua vida. Diante disso, o cuidado nessa pesquisa é entendido em seu sentido mais significativo, como uma forma de ajudar o outro a crescer e a se realizar, compreendendo suas necessidades e respondendo adequadamente a elas (MAYEROFF, 1971).

O brincar constitui-se como uma das principais necessidades da criança e é essencial para o seu bem estar físico, mental, emocional e social (CASTRO *et al.*, 2010). O ato de brincar proporciona recursos para a elaboração de situações difíceis, auxiliando na modificação do cotidiano do hospital e na redução do estresse provocado pela situação de internação (ANGELO; VIEIRA, 2010). Assim, essa atividade pode ser vista como um meio de promover saúde e qualidade de vida à criança hospitalizada (GIARDINETTO *et al.*, 2009).

O Modelo Lúdico é um referencial teórico que propõe a utilização sistemática do brincar na prática da Terapia Ocupacional, com o objetivo de auxiliar a criança a desenvolver uma capacidade de agir e uma atitude que possa conduzi-la a enfrentar mais facilmente os desafios cotidianos. Apresenta um quadro de trabalho preciso sobre os planos teórico e clínico, permitindo uma abordagem global e positiva da criança, através de um campo de atividades próprio a ela, além de possibilitar a fundamentação da prática em dados científicos (FERLAND, 2006).

Publicações acerca da atuação do terapeuta ocupacional em unidades de TCTH são escassas no Brasil, em especial quando relacionadas ao acompanhamento de pacientes pediátricos submetidos ao procedimento e ainda não há um modelo de sistematização da prática nesse contexto. Assim, a proposta de estudo torna-se pertinente e importante para a Terapia Ocupacional, bem como para a equipe multidisciplinar, uma vez que a interação de saberes dos diferentes profissionais e a articulação de suas práticas podem levar ao crescimento e fortalecimento mútuo e ao

aumento da qualidade da assistência prestada (DE CARLO; BARTALOTTI; PALM, 2004).

Considerando-se a importância do brincar para o desenvolvimento saudável e a necessidade de pesquisas relacionadas ao cuidado da criança hospitalizada em processo de TCTH, definiu-se a seguinte questão de pesquisa: ***Qual a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas?***

O problema delimitado e a escolha do Modelo Lúdico foram motivados pelo interesse pessoal da autora, que se utiliza do universo lúdico em sua prática profissional, além da necessidade de sistematizá-la. O desejo de desenvolver um processo de cuidado centrado na criança e que possibilite o desempenho de seu papel ocupacional, mesmo em um contexto adverso, também foi uma das motivações.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao TCTH.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Aplicar as etapas do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao TCTH;

Descrever a aplicação do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao TCTH;

Avaliar a aplicação do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao TCTH.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 A CRIANÇA E O BRINCAR

Pensar sobre a criança e seu brincar implica em considerar inicialmente questões referentes ao desenvolvimento. É possível reconhecer as capacidades e preferências presentes em determinada faixa etária. Muitos pesquisadores dedicaram-se ao estudo do desenvolvimento infantil, com diferentes pontos de vista. Adotou-se para essa pesquisa a perspectiva cognitivo-desenvolvimental de Jean Piaget (1896-1980).

A teoria de Piaget pode ser compreendida, encarando-se o desenvolvimento como um constante cabo de guerra entre assimilação e acomodação enquanto a criança atua no mundo. O autor referiu-se a esse processo bidirecional de busca da criança a uma adequação entre a compreensão de mundo já existente e as novas experiências ambientais como equilíbrio. O processo de se atingir um equilíbrio conduz a uma forma mais inclusiva e complicada de conhecimento, levando a criança a um novo nível de desenvolvimento. Os períodos de equilíbrio criados pelos ciclos de assimilação e acomodação formam uma sequência de transformações qualitativas, ou estágios, na estrutura e no funcionamento geral da criança (BEE; BOYD, 2011). Piaget (2012) definiu quatro estágios desenvolvimentais importantes entre o nascimento e a idade adulta: sensório-motor, pré-operatório, operatório concreto e o das operações formais (intelectuais abstratas).

Os estágios de desenvolvimento descritos pelo autor serão brevemente apresentados com ênfase aos estágios pré-operatório e operatório concreto, que compreendem a faixa etária definida para essa pesquisa (crianças de três a dez anos). Destaca-se que cada uma das idades indicadas na sequência de desenvolvimento é sempre uma média e, ainda assim, aproximativa (PIAGET; INHELDER, 2011).

O estágio sensório-motor é compreendido no espaço de tempo que vai do nascimento até os dois anos de idade. Nesse período as crianças adquirem conhecimento, através de ações sensório-motoras, sendo que a união dos termos sensorial e motor enfatiza o relacionamento íntimo entre perceber o mundo e atuar nele (BEE; BOYD, 2011).

Durante esse período inicial, a criança se desenvolve de um nível reflexo de completa indiferenciação entre o eu e o mundo para uma organização relativamente coerente de ações sensório-motoras diante do ambiente imediato. Tal organização é inteiramente prática, abrangendo ajustamentos perceptivos e motores simples às coisas e não manipulações simbólicas delas. Piaget identificou seis sub estágios através dos quais os bebês passam a reconhecer a existência de um mundo externo a eles e começam a interagir com o mesmo. O último deles é o início do pensamento representacional ou representação simbólica. Com o desenvolvimento da capacidade de representar ações e não somente realizá-las. O estágio sensório-motor chega ao final, o que não significa que a criança não continua a se desenvolver nessa esfera, mas sim, que as adaptações intelectuais mais avançadas ocorrerão de maneira mais conceitual e simbólica, do que puramente sensório-motora (PIAGET; INHELDER, 2011).

A partir da aquisição da habilidade de pensar simbolicamente, utilizando um objeto para representar outro, o que ocorre por volta dos dois anos de idade, inicia-se o estágio pré-operatório, que se estende até os seis anos de idade (COLE; COLE, 2004; BEE; BOYD, 2011). As três principais características desse período são o egocentrismo, a confusão entre aparência e realidade e o raciocínio não lógico ou pré-causal, derivadas do atributo fundamental do pensamento da primeira infância, que é a incapacidade de centrar-se em mais de um aspecto de um determinado evento ou objeto.

O egocentrismo refere-se à tendência da criança a considerar o mundo inteiramente em termos do próprio ponto de vista, sendo incapaz de enxergar a partir da perspectiva de outra pessoa. Uma das maneiras que a natureza egocêntrica do pensamento das crianças se manifesta é pela ausência de percepção da perspectiva espacial, assim, apresentam dificuldade em imaginar a perspectiva visual de outra pessoa (PIAGET, 2012). Outra característica relacionada ao egocentrismo da criança é a incapacidade para compreender outras mentes, ou seja, compreender que os outros podem ter pensamentos diferentes dos seus. A qualidade egocêntrica também aparece na fala das crianças, que parecem envolver-se em “monólogos coletivos”, ao invés de verdadeiros diálogos quando brincam juntas (COLE; COLE, 2004).

A tendência de se concentrar exclusivamente nos aspectos mais evidentes de um objeto, ou em sua aparência superficial, torna difícil para a criança distinguir entre a maneira como as coisas parecem ser e a maneira como elas realmente são. Um

fenômeno que requer a capacidade de distinção entre a aparência e a realidade é a inclinação da luz, observada quando um canudo reto é parcialmente submerso na água: o canudo parece quebrado, mas sabemos que é somente aparência e não realidade, porém, a criança pequena tende a acreditar que o canudo realmente mudou (COLE; COLE, 2004). Ainda nesse sentido, Bee e Boyd (2011) ressaltam que é raro as crianças apresentarem alguma forma de conservação antes dos cinco anos de idade, o que nos leva a crer que ainda são capturadas pela aparência de mudança e não se fixam no aspecto fundamental não modificado. Os diferentes tipos de conservação estudados por Piaget foram número, comprimento, quantidade, substância ou massa, peso e volume.

As crianças nessa faixa etária adoram fazer perguntas, evidenciando seu interesse pelas causas dos eventos. No entanto, apesar desse interesse, Piaget acreditava que pelo fato de ainda não serem capazes de realizar operações mentais de verdade, não poderiam envolver-se no raciocínio de causa e efeito como as crianças mais velhas, normalmente confundindo causa e efeito (PIAGET, 2012), conforme descreveu a observação de sua filha que não havia dormido à tarde como de seu costume: “eu não dormi, então não é de tarde” (COLE; COLE, 2004).

Flavell (1975) destaca que, por se tratar de um longo período de desenvolvimento, é possível dividir o estágio pré-operatório em duas fases amplas: entre os dois primeiros anos a criança aplica sua capacidade de representação a uma diversidade cada vez maior de situações, proliferando e florescendo as características do pensamento pré-operatório; e, à medida que a criança se aproxima dos últimos anos, os traços pré-operacionais começam a dar lugar a traços que caracterizam as operações concretas.

As novas habilidades observadas nas crianças de seis ou sete anos, baseiam-se nas mudanças ocorridas no período pré-operatório, porém, há um grande salto, quando a criança descobre ou desenvolve uma série de regras ou estratégias para examinar o mundo e interagir com ele. Essas novas habilidades são denominadas por Piaget de operações concretas (BEE; BOYD, 2011).

O estágio de operações concretas estende-se dos seis aos 11/12 anos de idade. Nesse período, o mundo físico torna-se mais previsível, uma vez que a criança é capaz de compreender, que alguns aspectos físicos do objeto – tamanho, densidade, extensão – permanecem os mesmos quando outros aspectos de sua aparência se modificam (princípio da conservação). Assim, a criança é capaz de

compreender, quando um copo alto e estreito é esvaziado em outro baixo e largo, a quantidade de líquido permanece a mesma (PIAGET; INHELDER, 2011).

O pensamento operatório permite à criança combinar mentalmente, separar, ordenar e transformar objetos e ações. O pensamento torna-se mais organizado e flexível, possibilitando considerar alternativas na tentativa de resolver problemas. A criança é capaz de perceber e considerar mais de um atributo de um objeto de uma vez e formar categorias de acordo com critérios múltiplos. Nesse período é possível para a criança comunicar-se de maneira mais eficaz e pensar sobre a maneira como os outros a percebem, sendo capaz de regular suas interações através de regras (PIAGET; INHELDER, 2011).

A criança, nessa fase do desenvolvimento, compreende a regra de que somar faz algo aumentar e subtrair faz algo diminuir, e que os objetos podem pertencer a mais de uma categoria ao mesmo tempo, bem como, que as categorias têm relações lógicas. Durante o período de operações concretas há o entendimento, de que tanto as ações físicas, como as operações mentais podem ser revertidas (princípio da reversibilidade). Além disso, a criança desenvolve a capacidade de utilizar a lógica indutiva, ou seja, partir de sua própria experiência para um princípio geral (BEE; BOYD, 2011).

As operações concretas são concretas, sua atividade de estruturação e de organização orienta-se para objetos e acontecimentos concretos, presentes no momento. Sendo assim, a criança age como se sua tarefa principal fosse organizar e ordenar aquilo que está presente em um determinado momento, não sendo capaz de extrapolar essa organização e ordenação para uma situação ausente ou futura (FLAVELL, 1975).

O ápice do desenvolvimento intelectual ocorre durante o estágio de operações formais, que tem seu início por volta dos 11 anos de idade (FLAVEL, 1975). Ao contrário da criança no período operacional concreto, o adolescente é capaz de pensar sobre opções e possibilidades, imaginando-se em diferentes papéis, concebendo futuras consequências de ações, que poderia realizar tornando possível algum tipo de planejamento em longo prazo (BEE; BOYD, 2011).

Nas operações formais, todas as combinações possíveis são consideradas e cada caso e cada elo parcial são agrupados em relação ao todo. Assim, o raciocínio move-se continuamente como uma função de um “todo estruturado”, permitindo que o adolescente seja capaz de resolver problemas de maneira sistemática (COLE;

COLE, 2004). Outra característica do período de operações formais é a habilidade de raciocínio hipotético-dedutivo, que envolve considerar hipóteses ou premissas hipotéticas e então derivar consequências lógicas (BEE; BOYD, 2011).

O desenvolvimento humano configura-se, assim, como um processo de aprendizagem para agir efetivamente nos diferentes ambientes ou contextos, sendo que grande parte desse aprendizado é alcançada pelas crianças através do brincar (KIELHOFNER *et al.*, 1983).

O desenvolvimento sequencial do brincar foi estudado por muitos autores de diversas perspectivas teóricas. Piaget (1971) apresentou três etapas da evolução do brincar, de acordo com o desenvolvimento cognitivo: brincadeira de exercício (entre seis e 18 meses), brincadeira simbólica (dois a seis anos) e brincadeira de regras (a partir dos seis anos).

Takata¹ (citada por PARHAM, 2008) construiu uma sistemática das seguintes etapas lúdicas evolutivas infantis, que chamou de “épocas lúdicas”: sensório-motora (zero a dois anos); simbólica e construtiva simples (dois a quatro anos); dramática, construtiva complexa e pré-jogo (quatro a sete anos); jogo (sete a 12 anos); e recreativa (12 a 16 anos).

Em relação às preferências e capacidades lúdicas, crianças de dois a quatro anos são atraídas por brinquedos que promovam experiências motoras globais e finas, como triciclo, bola, balanço, giz de cera, além de escalar e correr. Nessa faixa etária começam o faz de conta e as brincadeiras de “fingimento”, e a brincadeira solitária passa a ser paralela (junto à outra criança, mas com pouca ou nenhuma interação). A criança dá asas à imaginação e sua capacidade de usar símbolos é facilmente observável durante a brincadeira (FERLAND, 2006; PARHAM, 2008).

Entre os quatro e os sete anos de idade a criança utiliza os brinquedos de maneira mais criativa e imita ou reproduz situações observadas, como experiências diárias, papéis sociais e contos de fada. A imaginação está mais presente no brincar e, a partir de livros de história, brinquedos diversos, fantoches, fantasias, ela cria histórias simples e a brincadeira torna-se associativa (brinca com outras crianças) (FERLAND, 2006; PARHAM, 2008).

A partir dos seis ou sete anos ocorre o fascínio pelos jogos com regras, sendo que a criança é capaz de dominar regras estabelecidas e inventar novas. O brincar

¹ TAKATA, N. Play as a prescription. In: Reilly, M. (Ed.). **Play as an exploratory learning**. Beverly Hills: Sage Publications, 1974.

torna-se cooperativo (colabora em projetos lúdicos organizados) e evidencia-se um grande interesse pelo resultado da atividade (FERLAND, 2006; PARHAM, 2008).

As experiências de brincar contribuem para a promoção do desenvolvimento intelectual, social, emocional e físico das crianças (RIGBY; HUGGINS, 2003; BUNDY *et al.*, 2008; PFEIFER; ROMBE; SANTOS, 2009). Rigby e Huggins (2003) complementam que o brincar facilita a aquisição de habilidades como a resolução de problemas, criatividade, flexibilidade, motivação e senso moral (regras sociais). Santos, Marques e Pfeifer (2006) ressaltam, ainda, que o brincar auxilia no desenvolvimento da linguagem, pensamento, socialização e autoestima, além de promover a autonomia da criança.

Tendo em vista a importância do brincar para o desenvolvimento saudável da criança, torna-se pertinente que se façam algumas considerações sobre essa atividade.

O brincar é um fenômeno complexo e holístico que desafia a compreensão de profissionais de diversas áreas, não havendo uma definição unânime entre os pesquisadores (FERLAND, 2006; REZENDE, 2009).

Florey (1981) destacou seis princípios comumente identificados nos estudos a respeito do brincar: trata-se de um conjunto complexo de comportamentos caracterizados por diversão e espontaneidade; possui natureza multidimensional (sensorial, neuromuscular, mental); envolve repetição de experiências, exploração, experimentação e imitação que levam ao domínio de uma realidade; acontece dentro de seu próprio tempo e espaço, referindo-se a interpretação da realidade-fantasia pela criança que brinca; funciona como um agente de integração entre o mundo interior e o exterior; e muda ou progride quantitativamente e qualitativamente com o passar do tempo.

Rubin, Fein e Vandenberg² (1983 citados por PARHAM, 2008) apresentaram seis fatores de diferentes abordagens teóricas que parecem ser mutuamente executáveis: motivação intrínseca, ênfase nos meios e não nos fins, comportamento centralizado no organismo e não no objeto, relação com comportamentos instrumentais, liberdade das regras externamente impostas e envolvimento ativo. Assim, a brincadeira é desempenhada por iniciativa própria; caracterizada por objetivos impostos pelo próprio indivíduo e que mudam de acordo com a sua vontade;

² RUBIN, K. H.; FEIN, G. G.; VANDENBERG, B. Play. In: HETHERINGTON, E. M. **Socialization, personality and social development**. 4. ed. New York: John Wiley, 1983.

envolve um *locus* interno de controle; não é instrumental, ou seja, os objetos são tratados como se fossem outra coisa – o indivíduo não está lutando com uma espada, está “brincado de lutar”; as regras são impostas pelo indivíduo que brinca; e o mesmo deve estar ativamente envolvido na brincadeira.

Para Ferland (2006) são funções do brincar: o prazer, a descoberta, o domínio da realidade, a criatividade e a expressão. O prazer é um componente essencial do brincar, caracterizando-se como o motor de toda ação lúdica, e gera na criança a motivação para a brincadeira. A descoberta está relacionada aos objetos, pessoas e eventos presentes no brincar, bem como às relações que mantêm entre si, levando a criança a desenvolver estratégias de ação e capacidade de adaptação. O domínio da realidade refere-se à autonomia da criança durante a brincadeira, interferindo em sua autoestima e iniciativa. A criatividade é a imaginação em ação, contribuindo para a solução de problemas e humor. E a expressão relaciona-se ao brincar como linguagem primária da criança, sendo uma possibilidade de comunicação de sentimentos.

Winnicott (1971) acreditava que o brincar é uma experiência criativa na continuidade espaço-tempo, uma forma básica de viver. Para ele o brincar das crianças possui tudo em si, gerando satisfação, facilitando o crescimento e, em consequência a saúde.

O brincar é uma parte automática e integral da vida criança, especialmente durante a primeira infância, sendo descrito como sua principal ocupação (KNOX, 2008). O termo ocupação é utilizado para captar a dimensão e o significado da “atividade no cotidiano”. O envolvimento em ocupações estrutura a vida cotidiana e contribui para a saúde e para o bem estar e, entre as áreas de ocupação encontra-se o brincar (AOTA, 2008).

Ser um brincador é um legítimo papel ocupacional, porque é através da brincadeira que as regras, capacidades e hábitos essenciais são adquiridos a fim de promover a competência em papéis ocupacionais posteriores - estudante, trabalhador, formador de lares (PARHAM, 2008).

Aspectos do ambiente podem instigar ou inibir a disponibilidade da criança para brincar. Em geral, ambientes que se mostram amigáveis, seguros e confortáveis, com variedade de objetos e materiais estimulam a criança a brincar, contribuindo, conseqüentemente, para o seu desenvolvimento saudável (RIGBY; HUGGINS, 2003; PRIMEAU, 2009). Por outro lado, um ambiente que não oferece nem espaço, nem

tempo para brincar ou no qual há restrição em relação a movimento, barulho, desordem pode dificultar a atividade lúdica. Da mesma forma, as condições clínicas da criança podem impedi-la de desenvolver habilidades e atitudes para brincar (FERLAND, 2006). Alguns desses aspectos serão discutidos no próximo tópico.

3.2 A CRIANÇA HOSPITALIZADA PARA REALIZAÇÃO DO TRANSPLANTE DE CÉLULAS-TRONCO HEMATOPOÉTICAS

O TCTH consiste na infusão, por via intravenosa, de células-tronco ou progenitoras hematopoéticas. Essas células, também conhecidas como *stem cells*, são localizadas na cavidade medular dos ossos e possuem grande capacidade de auto renovação e potencial proliferativo, o que permite sua diferenciação em células progenitoras de todas as linhagens sanguíneas e a reconstituição hematopoética (MERCÊS, 2009). Esse procedimento tem sido utilizado como estratégia de tratamento, para um amplo espectro de doenças neoplásicas, hematológicas ou não, doenças metabólicas e deficiências imunológicas (MCGRAVE, 2012; MERCÊS; ERDMAN, 2010).

Existem três tipos de TCTH, denominados, de acordo com o doador das células progenitoras, em: 1) Alogênico, quando as células são provenientes de um doador geneticamente distinto, relacionado (familiar) ou não e HLA (Human Leukocyte Antigens – Antígenos de Histocompatibilidade Humano) compatível ou não; 2) Autólogo, quando as células utilizadas são do próprio paciente; e 3) Singênico, quando realizado entre irmãos gêmeos idênticos. Entre as fontes de células progenitoras mais utilizadas estão as células da medula-óssea, do sangue periférico e do cordão umbilical (AZEVEDO, 2000; STELMATCHUCK *et al.*, 2004).

O TCTH é um procedimento agressivo que pode possibilitar a cura ou a remissão completa da doença, mas também pode causar a morte do paciente, tendo em vista a imunossupressão secundária ao regime de condicionamento, que o deixa vulnerável a uma série de complicações (MERCÊS; ERDMAN, 2010). As complicações agudas mais frequentes são náuseas e vômitos, mucosite e xerostomia,

toxicidade dermatológica e infecções, podendo ocorrer também complicações hematológicas, renais, neurológicas, pulmonares e cardíacas (ORTEGA *et al.*, 2004).

A realização do TCTH envolve, de acordo com Mercês e Erdman (2010), ações de alta complexidade, fazendo-se necessária a atuação de uma equipe multidisciplinar capacitada para assistir o paciente e sua família em todas as etapas do processo.

As fases que compõem o TCTH podem ser assim definidas: Pré-TCTH, TCTH propriamente dito e Pós-TCTH (imediato e tardio). A primeira é a fase de preparação do paciente, durante a qual o acompanhamento é ambulatorial. A segunda fase caracteriza-se pela hospitalização integral, composta pela inserção de cateter venoso central, condicionamento (quimioterapia e/ou radioterapia), infusão da medula óssea e acompanhamento até a alta hospitalar. O Pós-TCTH imediato inicia-se logo após a alta, e o Pós-TCTH tardio a partir de 100 dias da infusão das células-tronco hematopoéticas (OLIVEIRA-CARDOSO *et al.*, 2009).

Esse estudo abordou a fase de internação hospitalar, durante a qual a pancitopenia, a expectativa pelo sucesso do TCTH e as complicações que podem afetar a qualidade de vida do paciente geram ansiedade e tensão para o mesmo, sua família e a equipe de saúde (MERCÊS; ERDMAN, 2010).

A hospitalização pode ser uma experiência traumática e geradora de sofrimentos, especialmente quando ocorre durante a infância. Estar doente e hospitalizada representa uma mudança drástica na vida da criança, que se vê afastada de suas atividades diárias e de objetos e pessoas que estima (JANSEN; SANTOS; FAVERO, 2010; CASTRO *et al.*, 2010).

O ambiente hospitalar é desconhecido e impessoal, com aparelhos estranhos e, muitas vezes assustadores para a criança, e a rotina é permeada por procedimentos que podem causar dor e desconforto, além de determinar atividades e horários diferentes dos quais ela está habituada (EKRA; GJENGEDAL, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2009). Essa condição adversa pode desencadear sentimentos como ansiedade, angústia e medo (MITRE; GOMES, 2007).

Coyne (2006) identificou, a partir de relatos de experiências de crianças hospitalizadas, quatro categorias de medos e preocupações relacionados à hospitalização. A primeira é denominada *separação da família e amigos*, que envolve a preocupação com a ruptura da rotina familiar, das atividades normais, das relações com pares e do desempenho escolar. Na categoria *estar em um ambiente*

desconhecido é descrito o medo do desconhecido, do ambiente estranho e dos profissionais, relatado pelas crianças, que referiram, ainda, não gostar do barulho e da temperatura da enfermaria, das luzes acesas à noite, da comida e do espaço inadequado para brincar. Em relação a *processos de diagnóstico e tratamento*, observa-se o medo de cirurgias, agulhas, erros no tratamento, danos ao corpo / mutilação, alteração da imagem corporal, dor e morte. A última categoria, *perda da autodeterminação*, destaca a preocupação das crianças com a restrição de atividades e com a perda da independência e do controle sobre suas necessidades pessoais, horários de dormir, acordar e alimentar-se e sobre a duração dos procedimentos da equipe de saúde.

Assim, compreende-se que o hospital, embora seja um espaço em que se busca a cura, não se apresenta como um ambiente propício ao desenvolvimento infantil (SANTOS; MARCOS; PFEIFER, 2006). Nesse sentido, Kielhofner *et al* (1983) ressaltam que longos períodos de hospitalização interferem negativamente no brincar da criança e conseqüentemente em seu desenvolvimento saudável. Os autores acreditam que, uma vez que o brincar é importante para aprender e se adaptar, um rompimento ou a falta de oportunidades para engajar-se nessa atividade pode ameaçar a capacidade futura da criança de usar o corpo efetivamente, interagir com os outros e resolver problemas.

Durante a hospitalização, portanto, a criança apresenta as mesmas necessidades próprias desse período do desenvolvimento humano (CASTRO *et al.*, 2010), tornando-se fundamental possibilitar a manutenção e/ou a aquisição de habilidades neuropsicomotoras e sociais e o engajamento em seu papel ocupacional. Considerar as diferentes necessidades da criança, em suas diversas esferas, e desenvolver estratégias que respondam a elas são ações essenciais para o cuidado integral do indivíduo em crescimento.

3.3 BRINCAR NO HOSPITAL COMO ESTRATÉGIA DE CUIDADO

Cuidar é mais que um ato, é uma atitude, assim, para além de um momento de atenção, de zelo e desvelo, cuidar é uma atitude de ocupação, preocupação,

responsabilização e envolvimento afetivo com o outro (BOFF, 1999). Cuidar, em seu sentido pleno, é integral, universal, existencial e relacional. É uma condição para a sobrevivência humana (WALDOW, 2004).

O cuidado, assim como o brincar, possui diferentes definições e concepções, dependentes da abordagem teórico-filosófica adotada. Dentre os vários estudiosos que se dedicaram ao fenômeno de cuidar, destacamos as concepções do filósofo americano Milton Mayeroff (1925-1979).

Mayeroff (1971) define o cuidado como a ajuda que se dá a alguém para alcançar o crescimento e a realização pessoal. Para ele, o cuidado se fundamenta no valor que se sente pela outra pessoa ao mesmo tempo em que promove a auto realização de quem realiza o cuidado. Quem cuida, determina a direção do crescimento de quem é cuidado porque, para cuidar, devem-se conhecer as capacidades e as limitações, as necessidades e o que conduz ao crescimento do outro. Neste processo de cuidar, a pessoa que cuida está com a outra no mundo da outra pessoa e ambas participam num processo de descobertas e aprendizagem compartilhada.

Nesse sentido, Pfeifer e Mitre (2007) afirmam que o brincar, no processo terapêutico, configura-se como uma forma de estar com a criança, entrar em seu mundo, compartilhando suas necessidades, desejos, fantasias e expectativas. Para as autoras, essa relação empática contribui para o direcionamento das ações de cuidado, uma vez que, ao perceber as necessidades da criança, percebem-se também as próprias necessidades como profissionais de saúde, preocupados com a construção de um processo de cuidado ideal e singular.

Para cuidar de alguém é preciso conhecer muitas coisas, entre elas os poderes, as limitações e as necessidades do outro (criança hospitalizada), e mais do que isso, é fundamental saber como responder a essas necessidades. Os principais componentes do cuidado são: conhecimento, ritmos alternados, paciência, sinceridade, confiança, humildade, esperança e coragem, descritos a seguir de acordo com Mayeroff (1971).

Os ritmos alternados referem-se ao processo de aprender a partir das experiências passadas de cuidado, através da reflexão sobre tais ações, se foram efetivas ou não, e, com base nos resultados, manter ou modificar a forma de realizar o cuidado.

A paciência é fundamental para o cuidado, pois o outro deve crescer em seu próprio tempo e de sua própria maneira, sendo papel de quem cuida encontrar um caminho para participar desse processo de crescimento.

A sinceridade está relacionada à importância de ser autêntico ao cuidar, não devendo haver diferenças significativas entre o que se faz, fala e sente, sendo essencial reconhecer se o cuidado prestado ajuda ou atrapalha o crescimento do outro.

O cuidado implica a confiança no crescimento do outro em seu próprio tempo e de sua maneira, levando-o a confiar em si mesmo para crescer. Quem cuida deve, também, confiar em sua capacidade de cuidar.

A humildade está presente ao se tomar consciência de que nenhum cuidado isolado é privilegiado, melhor, ou mais importante que outro; se expressa, ainda, na necessidade do estudo contínuo para cuidar do outro, reconhecendo-se que sempre há algo mais a aprender. Quem cuida tem esperança de que outro cresça, através do cuidado realizado, essa esperança deve ser uma expressão da plenitude do presente, um presente vivo e cheio de possibilidades.

A coragem está presente na viagem ao desconhecido, pois, quando se inicia um processo de cuidado, não se sabe como o mesmo terminará, ou quais situações serão enfrentadas em seu decorrer.

Assim, considera-se que o cuidado da criança hospitalizada para a realização do TCTH é um processo complexo, que deve contemplar os componentes anunciados por Mayeroff (1971). Nesse contexto, o brincar surge como uma estratégia de cuidado e recurso terapêutico.

Os profissionais responsáveis pelo cuidado da criança hospitalizada devem ter conhecimento sobre os processos de desenvolvimento infantil e, tomando-o como base, proporcionar um plano de cuidados adequado (BORTOLOTE; BRÊTAS, 2008). Brincar é uma atividade inerente ao comportamento infantil e essencial ao bem estar da criança, contribuindo efetivamente para o seu desenvolvimento físico / motor, emocional, mental e social, podendo ser considerado como um instrumento de formação, manutenção e recuperação da saúde (FONTES *et al.*, 2010).

De tal modo, o brincar é uma necessidade da criança, em qualquer situação de vida, e responder a essa necessidade vai ao encontro do primeiro componente do cuidado, o conhecimento (MAYEROFF, 1971), e seu principal objetivo – ajudar o outro a crescer. Nesse contexto o componente humildade, também é utilizado, uma vez,

que o conhecimento do desenvolvimento infantil e das características multifatoriais do brincar exigem estudo contínuo, e manifestam-se de maneiras diversas a cada novo processo de cuidado.

A brincadeira mostra-se como uma estratégia muito valiosa, pois ajuda a criança a compreender as situações e os procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários à sua recuperação, o que favorece a sua tranquilidade, segurança e aceitação do tratamento, constituindo-se como um recurso “autocicatrizante” (LEMOS *et al.*, 2010). O brincar, portanto, também se relaciona ao componente paciência do cuidado (MAYEROFF, 1971), constituindo-se com uma forma de participar com a criança de seu processo de crescimento durante a hospitalização.

Azevêdo (2011) aponta que, mesmo diante das mudanças provocadas pelo processo de adoecimento e hospitalização, o ambiente hospitalar pode proporcionar momentos para o brincar, sendo que esses traduzem-se como espaços para a criança encontrar seu mundo natural, o que a auxilia a perceber possibilidades de enfrentamento e representam uma forma de valorização da vida. Nesse sentido, Saunders, Sayer e Goodale (1998) ressaltam a estreita relação entre brincar e a capacidade de enfrentamento. Para as autoras, a capacidade de enfrentamento das situações adversas é construída a partir das brincadeiras, contribuindo para a adaptação às demandas dos diferentes ambientes, a capacidade para exploração de possibilidades e para resolução de problemas, a competência social e a motivação intrínseca.

Para tanto, os componentes esperança, confiança e coragem (MAYEROFF, 1971) estão presentes no brincar como estratégia de cuidado da criança hospitalizada. Esperança de que a mesma possa crescer mesmo em situação adversa, por meio das brincadeiras. A confiança de que isso acontecerá da sua maneira e no seu tempo e a coragem de envolver-se com essa criança, por meio de uma atividade tão significativa, sem conhecer o desfecho do processo de cuidado.

Os componentes sinceridade e ritmos alternados permeiam todo o processo, através da reflexão sobre as atividades lúdicas propostas, com base no Modelo Lúdico, e sua eficácia como estratégia de cuidado à criança hospitalizada.

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico escolhido para nortear esta pesquisa é o Modelo Lúdico de Francine Ferland, terapeuta ocupacional canadense, que tem como objeto e foco de investigação o brincar na prática clínica de Terapia Ocupacional, principalmente com crianças que apresentam deficiência física, bem como, o lugar que as brincadeiras ocupam em seu cotidiano (SANT'ANNA *et al.*, 2008).

De acordo com Ferland (2006), o Modelo Lúdico trata do campo das atividades próprias da infância – o brincar. Através dele, é possível abordar a criança com atividades carregadas de significado, respondendo à sua necessidade de agir do modo mais apropriado e buscando desenvolver habilidades, interesses e atitudes durante as atividades. Dessa forma, contribui-se para melhorar a qualidade do cotidiano da criança.

O conceito central do Modelo Lúdico é a capacidade de agir, que pode ser definida como a capacidade de concluir as atividades que devemos ou queremos realizar. A autora delimita três etapas da capacidade de agir, que são: cumprir a atividade de modo habitual, adaptar a atividade às suas possibilidades e reagir face à impossibilidade de cumprir a atividade. O conceito se refere às relações com os objetos e com os outros. (FERLAND, 2006).

Os oito conceitos-chave são definidos pela autora conforme descrição abaixo:

Brincar: atitude subjetiva em que o prazer, o interesse e a espontaneidade se esbarram; essa atitude se traduz por uma conduta escolhida livremente e para a qual nenhum rendimento específico é esperado.

Atitude lúdica: caracterizada por prazer, curiosidade, senso de humor, pelo gosto de tomar iniciativas e de superar desafios.

Ação do brincar: componentes instrumentais (sensoriais, motores, perceptivos, cognitivos) que tornam possível a atividade de brincar.

Interesse pelo brincar: atração pelo brincar. O interesse pelo brincar é necessário para fazer nascer o desejo de agir e manter o prazer de agir.

Prazer da ação: sensação agradável que nasce do interesse para realização de determinada atividade, passível de favorecer a repetição e a generalização da ação.

Capacidade de agir: capacidade de realizar a atividade da maneira habitual, de adaptá-la às suas possibilidades e de reagir diante da impossibilidade de cumpri-la.

Autonomia: ser autônomo significa autogerir à vida, determinar livremente as regras de sua ação.

Bem-estar: sensação agradável proporcionada pela satisfação das necessidades físicas e pela ausência de tensões psicológicas.

No quadro conceitual, o brincar é a principal característica e o objetivo da intervenção, sendo definido pela interação de três elementos: a atitude, a ação e o interesse. A partir dessa interação, o brincar gera o prazer da ação e a capacidade de agir, possibilitando que a criança desenvolva autonomia e um sentimento de bem-estar (FERLAND, 2006).

Ao relacionar o quadro conceitual deste modelo com a prática da Terapia Ocupacional, FERLANDO (2006) ressalta que o mesmo preocupa-se com a criança em sua globalidade, propondo uma abordagem positiva da criança, uma vez que considera suas habilidades, dificuldades e potencialidades. Dessa forma, observa dimensões físicas e psicossociais, interessando-se pelas habilidades (saber fazer) e pelas atitudes (saber ser).

Com relação ao processo de cuidado guiado pelo Modelo Lúdico, Ferland (2006) propõe quatro etapas, descritas a seguir:

1) Avaliação: permite analisar a atitude lúdica da criança, seu interesse pelo brincar, suas habilidades e dificuldades, sendo possível conhecer o brincar da criança e compreendê-la a partir da forma como brinca. Os dois protocolos de avaliação propostos por Ferland (2006) são: *Entrevista Inicial com os Pais sobre o Comportamento Lúdico da Criança* (ANEXO 1) e *Avaliação do Comportamento Lúdico* (ANEXO 2).

2) Planejamento da intervenção: realizado após a análise dos resultados obtidos na avaliação, observando dois aspectos importantes: os *objetivos*, que visam manter ou estimular o desenvolvimento de determinadas aquisições, atentando para o rendimento da brincadeira, visualizando a criança como um todo; e, os *princípios diretores* do modelo, segundo os quais a criança é a dona do seu brincar, participante ativa, que toma decisões, procura soluções, dirige e se expressa; o terapeuta se adapta às escolhas da criança e manifesta uma atitude lúdica, base que sustenta o processo guiado pelo Modelo Lúdico, sendo espontâneo, demonstrando prazer na

brincadeira e propondo soluções engraçadas; a terapia vai além da atividade de brincar, uma vez que todas as situações podem ser fontes de trabalho terapêutico com a criança; e a análise de atividade como o mais útil instrumento de trabalho e fundamental ao longo da aplicação do modelo.

3) Intervenção: processo dinâmico, em perpétuo movimento, no qual o terapeuta ocupacional e a criança se influenciam mutuamente. O processo repousa, em grande parte, na atitude do terapeuta (confiante, leve e dinâmica), que deve ser participativo, o que transmite segurança à criança, auxiliando-a quando for necessário e enriquecendo a situação da brincadeira, sem intervir na escolha da criança.

O fracasso, a dificuldade e a frustração não são descartados da terapia, constituindo-se como elementos importantes para o trabalho de adaptação, solicitando à criança sua imaginação, humor, iniciativa e capacidade de resolver problemas, adequando a atividade às suas possibilidades, segundo a etapa da capacidade de agir. A imaginação do terapeuta é colocada a serviço do contexto terapêutico, servindo, também, para estimular a criança a participar plenamente das atividades lúdicas propostas e desenvolver sua própria imaginação.

As experiências lúdicas vivenciadas na terapia podem comportar brinquedos, mas, também, consistir na criação de situações ou em atividades que não requeiram nenhum material, como brincadeiras de simulação, brincadeiras expressivas, brincar com palavras, ideias e conceitos. O brinquedo oferecido à criança depende de seu potencial lúdico e do interesse que suscita à criança e não de suas limitações. Todas as atividades propostas durante o processo terapêutico podem ser realizadas em sessão individual, mas também é importante considerar a enorme vantagem que representa uma terapia em que participem duas ou três crianças.

4) Evolução da terapia: ocorre em três etapas, ressaltando-se que é muito difícil o comportamento lúdico de uma criança ocorrer em uma única etapa, sendo comum a sobreposição entre as mesmas. A primeira etapa é a de estimulação e respostas sensoriais, na qual a criança é atraída pelas características sensoriais do brinquedo, descobrindo suas características. A segunda etapa é a de manipulação do material e exploração dos objetos e do espaço, na qual a curiosidade inicial da criança se transforma em iniciativa, e ela explora o brinquedo / material, procurando descobrir possibilidades de utilização - é a etapa das descobertas, da manipulação, da repetição e da exploração. A terceira etapa é a da atividade lúdica propriamente dita, na qual a criança toma iniciativa e usa a imaginação para vencer seus limites funcionais. A

evolução da terapia é acompanhada através de uma tabela denominada por Ferland (2006) como *Evolução do Comportamento Lúdico: atitude e ação* (ANEXO 3). Uma reavaliação da criança permite seguir a evolução de suas aquisições e, além disso, em contato com os pais, é possível verificar se a criança também evoluiu em casa, se houve generalização das aquisições.

FERLAND (2006) ressalta a importância de se compreender que os papéis do terapeuta e dos pais são complementares, evitando a “terapeutização” dos últimos. De um lado, os pais são uma ajuda preciosa no momento de entrar em contato com a criança, auxiliando o terapeuta a conhecê-la melhor e personalizar a intervenção. De outro, os pais são, antes de tudo, pais e o terapeuta pode ajudá-los a assumir esse papel em seu cotidiano. No Modelo Lúdico, pais e terapeutas estabelecem uma relação de parceria, na qual cada um dos parceiros fornece sua contribuição, com igual valor de qualidade.

A autora conclui que o brincar é um fenômeno de rara riqueza e que sua utilização na terapia apresenta-se como um meio privilegiado de permitir à criança, limitada em seu corpo, descobrir o prazer da ação e desenvolver sua capacidade de agir. FERLAND (2006) acredita que se conseguirmos levar essa criança a participar ativamente da terapia, a experimentar o prazer de ser ativa e a empregar seus recursos pessoais ao máximo, ela terá boas chances de evoluir harmoniosamente e acreditar que a vida vale a pena ser vivida.

5 PERCURSO METODOLÓGICO

5.1 TIPO DE PESQUISA

Trata-se de uma pesquisa metodológica realizada no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (HC-UFPR), junto a pacientes pediátricos assistidos no Serviço de Transplante de Medula Óssea (STMO), no período de outubro de 2012 a junho de 2013.

A pesquisa metodológica caracteriza-se pela (re) construção de instrumentos e paradigmas científicos, além do estudo de métodos, técnicas e ideologias dominantes da produção científica (DEMO, 2009). Entre os tópicos que podem ser abordados em uma pesquisa metodológica estão: discussão crítica de metodologias em uso; propostas de metodologias alternativas; e a formação crítica e emancipatória de espaço científico próprio (DEMO, 2006).

Considerou-se esse delineamento metodológico adequado à questão norteadora e aos objetivos traçados para essa pesquisa, uma vez que pretende-se analisar a aplicabilidade de um referencial teórico metodológico em contexto e população diferentes daqueles para os quais foi originalmente elaborado.

5.2 LOCAL DE DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida no STMO HC-UFPR, referência em nível nacional em TCTH. O Hospital foi inaugurado em agosto de 1961 e realiza atendimentos nas mais variadas especialidades médicas, além de diversos outros serviços de saúde. É totalmente financiado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), sendo classificado com o nível terciário por atender somente casos de médio e grave risco. De acordo com dados disponibilizados no site institucional, atualmente conta com 471 leitos ativos, distribuídos em 59 especialidades. Como hospital universitário, seu corpo funcional possui aproximadamente 2900 funcionários, dentre os quais profissionais da saúde,

professores e residentes, reconhecidos tanto na área assistencial, quanto pela qualidade de ensino, pesquisas científicas e atividades de extensão (HC-UFPR, 2013).

Os hospitais universitários são centros de formação de recursos humanos e de desenvolvimento de tecnologia para a área da saúde. A contínua prestação de serviços à população favorece o aprimoramento da assistência e a elaboração de protocolos técnicos para as diversas patologias. Os programas de educação continuada oferecem oportunidade de atualização técnica aos profissionais de todo o sistema de saúde. Sendo assim, essas instituições desempenham papel de destaque nas comunidades onde estão inseridas (BRASIL, 2013).

O STMO foi criado em 1979, quando realizou o primeiro TCTH da América Latina. Atualmente, com mais de dois mil transplantes realizados, é responsável por, aproximadamente, 16% dos transplantes alogênicos realizados no país (HC-UFPR, 2013).

O STMO conta com duas unidades: Internação e Ambulatorial. A primeira com 23 leitos exclusivos para o processo de TCTH, mas no período da pesquisa, devido a situações estruturais e administrativas, 15 encontravam-se ativos para receber pacientes pediátricos e adultos. Na unidade ambulatorial é realizado o acompanhamento do pós-TCTH imediato e tardio. Na unidade de internação os quartos são individuais para a garantia do isolamento protetor indispensável à prevenção do agravamento das condições clínicas dos pacientes, que permanecem imunodeprimidos e hospitalizados por longo período.

Trata-se de um serviço de alta complexidade, no qual é fundamental a presença de uma equipe multiprofissional para a assistência integral ao paciente. A equipe de saúde é composta por assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeuta, médicos, nutricionistas, psicólogos, terapeutas ocupacionais, entre outros. As crianças e adolescentes também são acompanhados pelas pedagogas e professoras do Serviço de Atendimento à Rede de Escolarização Hospitalar (SAREH), conveniado às Secretarias Municipal e Estadual de Saúde.

5.3 CARACTERIZAÇÃO DOS PARTICIPANTES

O estudo contou com a população de crianças, e o pai ou a mãe, admitidas no STMO para realização do TCTH, no período de setembro de 2012 a maio de 2013. Embora a coleta tenha ocorrido até junho de 2013, a data limite para internação da criança era maio do corrente ano, tendo em vista o período de hospitalização e a necessidade de acompanhá-la até a alta hospitalar.

A escolha dos participantes foi definida na intencionalidade, e na homogeneidade de um grupo distinto de crianças no processo de TCTH, que se encontrassem na fase da segunda e terceira infância, acompanhadas na Unidade pelo pai ou a mãe.

No período da coleta de dados, 32 crianças foram internadas e submetidas ao TCTH e, dentre essas, 19 preenchiam os critérios de inclusão estabelecidos. No entanto, três crianças foram excluídas, duas por estarem hospitalizadas no período de refinamento dos instrumentos durante o pré-teste, e uma devido à impossibilidade de avaliá-la antes do TCTH.

Os critérios de inclusão dos participantes crianças foram: ser paciente do STMO HC-UFPR; estar hospitalizada para a realização do TCTH até 31/05/2013; ter entre três e dez anos de idade; e aceitar espontaneamente participar da pesquisa. Para os familiares, os critérios foram: ser mãe, pai ou responsável legal da criança assistida no STMO; aceitar espontaneamente participar da pesquisa; e estar acompanhando a criança durante a internação para a realização do TCTH. Os critérios de exclusão: recusa ou desistência dos participantes e impossibilidade de realização do processo avaliativo antes do TCTH.

Para assegurar o anonimato e o sigilo dos participantes adotou-se, para a identificação, o seguinte código de convenção: C (criança); X (número em algarismos arábicos em ordem crescente dos participantes pesquisados); F ou M (gênero feminino ou masculino); N (corresponde a idade em anos); Exemplo: C1m5; e, F (familiar ou responsável legal); X (número em algarismos arábicos correspondente à criança participante). Os dados foram registrados na ficha de identificação dos participantes (APÊNDICE 1).

5.4 ASPECTOS DA DIMENSÃO ÉTICA

O projeto de pesquisa foi apresentado ao Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano em Enfermagem (NEPECHE) e ao colegiado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGENF) da UFPR, bem como à Gerência e Supervisão Técnica da Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia (UHHO), e à Direção do STMO Pediátrico do HC-UFPR, que autorizou o campo para a sua realização. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos (CEP) da instituição, com o parecer nº 100.881, de 18/09/2012 (ANEXO 4). A aprovação pelo CEP do HC-UFPR autoriza os autores a tornar público o nome da instituição na divulgação dos resultados das pesquisas lá realizadas.

Foram respeitados todos os princípios éticos determinados na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e complementares, que dispõem sobre as Diretrizes e Normas que Regulamentam a Pesquisa Envolvendo Seres Humanos (BRASIL, 1996).

Os aspectos éticos, como o anonimato, sigilo das informações com a utilização de um código de identificação, protegendo a identidade dos participantes e respeitando o sigilo da Instituição de Saúde foram adotados.

Esta pesquisa envolveu seres humanos, de grupo vulnerável – crianças de três a dez anos de idade, e seguiu aspectos éticos fundamentais, elencados a seguir: a vontade do participante da pesquisa como norma; o respeito à autonomia; o respeito à privacidade; e o direito de ter o pai, mãe ou responsável legal presente durante a coleta de dados e ter acesso às informações coletadas durante o estudo. Também, observou-se o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Em seu artigo 17, o ECA determina o direito da criança ao respeito, o qual consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, ideias e crenças, dos espaços e objetos pessoais (BRASIL, 1990).

5.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no período de setembro de 2012 a junho de 2013, após a aprovação pelo CEP do HC-UFPR.

A pesquisadora canadense Prof^a Dr^a Francine Ferland, da Faculdade de Medicina de Montréal, autorizou a utilização e adaptação dos instrumentos de coleta de dados (ANEXO 5).

Os instrumentos foram testados e refinados em setembro de 2012 por meio de um estudo piloto que envolveu a sua aplicação com três crianças e suas mães, consideradas posteriormente como participantes da pesquisa (inclusão sugerida pela banca de qualificação). Na aplicação do pré-teste observou-se a necessidade de modificações nos Instrumentos para maior adequação à população e ao contexto de estudo. Os instrumentos modificados EIP, ACL e ECL estão apresentados nos APÊNDICES 2, 3 e 4.

As etapas metodológicas para a realização da coleta de dados foram:

5.5.1 Primeira Etapa: Recrutamento dos Participantes da Pesquisa

Iniciou-se com a checagem da lista de internações, para a verificação da presença de crianças que preenchessem os critérios de inclusão (idade, motivo da hospitalização, data prevista para o TCTH).

O contato inicial foi com os pais, para a apresentação da proposta de estudo. Após o aceite e a autorização formal com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICES 5 e 6), agendava-se a entrevista, respeitando-se a data e horário que melhor conviessem aos participantes. Nesse momento também foi solicitada aos pais a autorização para a filmagem das atividades com a criança e o posterior uso das imagens (APÊNDICE 7).

5.5.2 Segunda Etapa: Avaliação do Comportamento Lúdico

Essa etapa foi realizada em dois momentos:

Primeiro momento: investigação do comportamento lúdico da criança, com o familiar (pai ou mãe), através da EIP, utilizando-se a técnica de entrevista com roteiro de questões semiestruturado e o registro das respostas no formulário.

A entrevista semiestruturada obedece a um roteiro apropriado fisicamente, utilizado pelo pesquisador para facilitar a abordagem e a condução da coleta de dados com o participante. Essa técnica permite que o pesquisador tenha acesso a informações adicionais, assegurando que suas hipóteses e pressupostos sejam cobertos (MINAYO, 2012).

O local da entrevista foi a unidade de internação do STMO. Das 16 entrevistas, sete foram realizadas em uma sala reservada somente com o familiar, e nove no quarto da criança com a presença da mesma. As entrevistas duraram em média 37 minutos, variando entre 30 e 53 minutos.

Neste momento com a EIP identificou-se o comportamento lúdico da criança em casa, o que permitiu à pesquisadora o conhecimento prévio para uma abordagem personalizada.

Ao final das entrevistas, marcava-se o primeiro encontro com a criança, o qual ocorreu, preferencialmente, em momento que não houvesse procedimentos ou intervenções dos demais profissionais da equipe de saúde.

Segundo momento: aplicação do instrumento ACL. Ocorreu no STMO, no período matutino ou vespertino, no quarto da criança. Inicialmente a pesquisadora apresentava-se, convidando-a a participar das atividades e explicava-lhe como seriam realizadas. Verificou-se se a mesma gostaria de participar e se autorizava a filmagem. O assentimento e a autorização da criança foram verbais.

A avaliação ocorreu por meio da utilização de atividades lúdicas, selecionadas de acordo com a faixa etária da criança e com as informações coletadas com os pais. A duração da mesma variou entre 33 e 59 minutos, com média de 41,68 minutos. Este foi considerado o dia da primeira avaliação do comportamento lúdico da criança, denominado (D1). Os materiais utilizados ficavam com a criança até a sua alta para

que a mesma pudesse brincar mesmo na ausência da pesquisadora, durante o período de hospitalização. Nesse momento identificaram-se interesses, capacidades, atitude lúdica e a maneira pela qual a criança expressava suas necessidades e sentimentos.

O processo avaliativo ocorreu no período pré-TCTH, após a internação.

5.5.3 Terceira Etapa: Aplicação do Modelo Lúdico

Essa etapa foi composta dos seguintes momentos:

Primeiro momento: Planejamento das atividades lúdicas

As atividades lúdicas foram selecionadas para cada criança, considerando-se a sua faixa etária, interesses, desenvolvimento cognitivo e com base no processo avaliativo. Os materiais lúdicos utilizados (APÊNDICE 8) foram adquiridos em sua maior parte pela pesquisadora, garantindo a disponibilidade de recursos que atendessem necessidades lúdicas diferenciadas e promovessem diversas formas de brincar. A seleção dos materiais teve como base o conhecimento teórico da pesquisadora sobre o brincar, a análise de atividades na prática lúdica diária com crianças hospitalizadas e as solicitações das mesmas.

Segundo momento: Operacionalização propriamente dita

Após a ACL, agendou-se com a criança o próximo encontro e o período do dia de preferência da mesma. Ao final de cada encontro, programavam-se a data e horário aproximado do próximo, objetivando a realização de três encontros individuais semanais, com duração prevista de 40 minutos. As crianças foram acompanhadas até a alta hospitalar, sendo que o número de encontros com cada uma variou de acordo com o período de hospitalização.

Na chegada ao STMO, verificava-se o quadro clínico e os procedimentos previstos para cada criança, buscando não interferir na rotina de cuidados do serviço. Em seguida, os materiais eram preparados (seleção, desinfecção, organização), tomando-se o cuidado de sempre oferecer pelo menos três opções de brincadeira para cada criança.

Os materiais eram apresentados e disponibilizados à criança, que permanecia no leito. Esperava-se que a mesma iniciasse a exploração ou a brincadeira, oferecendo-se estímulos àquelas que não o faziam. Ao final do encontro, a criança poderia decidir entre ficar ou não com os materiais, comprometendo-se a cuidar dos mesmos e a devolvê-los no momento da alta.

Os pais/acompanhantes podiam ou não permanecer no quarto, a critério dos mesmos e/ou das crianças. Todo o procedimento era filmado com a autorização dos participantes.

Terceiro momento: Acompanhamento da evolução do comportamento lúdico:

A evolução do comportamento lúdico foi acompanhada por meio de observação da criança durante as atividades lúdicas propostas, com base no instrumento *Evolução do Comportamento Lúdico* (ECL) modificado (APÊNDICE 4). Utilizou-se também, o diário de campo para os registros dos dados subjetivos, que emergiram nos encontros, destacando: o humor da criança, a motivação para a brincadeira proposta e o nível de participação. Também, consideraram-se os comentários e atitudes da mesma, dos acompanhantes e da equipe de saúde frente as atividade lúdicas.

Os primeiros encontros foram filmados com um *Tablet Assus® Ee Pad Transformer* e os demais com uma câmera portátil Sony® modelo HDR-CX260V. Os dispositivos eram posicionados no quarto das crianças sobre uma mesa, na prateleira do armário de roupas ou nos suportes das medicações, de modo a captar as expressões faciais e as falas das crianças, bem como os recursos lúdicos escolhidos e a maneira como as mesmas brincavam. Após a filmagem os arquivos foram compactados utilizando-se o programa *Any Video Converter®* e armazenados no computador pessoal da pesquisadora e em HD externo. Os filmes foram vistos pela pesquisadora para posterior preenchimento da ECL e complementação do diário de campo.

Nessa etapa os dias foram considerados como D2, D3, e assim sucessivamente, de acordo com o número de encontros realizados até a alta hospitalar.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados ocorreu através das seguintes etapas metodológicas:

Primeira Etapa: Análise da mensuração das atitudes, ações, interesses, expressões, capacidades e necessidades da criança, reveladas a partir dos escores pré-estabelecidos nos instrumentos de coleta de dados. Esses instrumentos – EIP, ACL, ECL – seguem o formato de escala de Likert.

A escala de Likert é um tipo de escala social, que tem como objetivo mensurar a intensidade de opiniões e atitudes da maneira mais objetiva possível. Para tanto, o indivíduo pesquisado, ou o pesquisador, deve escolher, a partir de uma série graduada de itens, aqueles que melhor correspondem à sua percepção sobre o fato pesquisado. O resultado total de cada indivíduo é calculado pela soma dos itens, e testes de correlação são utilizados para identificar quais desses discriminam mais claramente os resultados mais elevados e os mais baixos na escala total. Os itens que não apresentam forte correlação com o resultado total são eliminados para garantir a coerência interna da escala (GIL, 2011).

Segunda Etapa: Análise da aplicabilidade do Modelo Lúdico. Deu-se através dos parâmetros objetivos (ECL) e subjetivos (diário de campo) da evolução do comportamento lúdico da criança no decorrer dos encontros.

Não se trata de uma validação desse modelo, até porque seus protocolos de avaliação já foram validados e adaptados para a cultura brasileira por Sant'Anna *et al* (2008), sendo também Sant'Anna a tradutora do livro que apresenta o Modelo em português em 2006.

No entanto, como guia para a análise da aplicabilidade do Modelo Lúdico nesse contexto utilizou-se, de maneira adaptada, os três polos ou níveis descritos por Pasquali (1996; 2009; 2011), originalmente para a elaboração e validação de escalas / testes de medida psicológica.

Segundo o autor há três grandes polos a serem considerados no processo de elaboração de uma escala psicométrica e que determinarão sua validade: o polo teórico, no qual há detalhamento da teoria sobre o construto psicológico para o qual

se deseja desenvolver um instrumento e sua operacionalização em itens; o polo empírico (ou experimental), em que há a definição das etapas e técnicas da aplicação do instrumento e da coleta das informações; e o polo analítico, no qual se estabelecem os procedimentos de análise estatística a serem efetuados sobre os dados para que o instrumento seja válido.

O enfoque realizado nesse estudo seguiu as etapas: teórica, com o constructo do Modelo Lúdico de Ferland; empírica, com a aplicação dos instrumentos propostos por Ferland, direcionados à criança gravemente enferma em TCTH; e analítica com uma análise processual da aplicação do método lúdico. Essa última não se caracterizou como procedimento alicerçado na análise estatística, como o preconizado por Pasquali, primeiro por não termos o objetivo de validar os instrumentos utilizados e segundo porque a amostra desse estudo não possui significância estatística para tal.

6 RESULTADOS

6.1 CONHECENDO A CRIANÇA

6.1.1 Caracterização dos Participantes da Pesquisa

A pesquisa contou com 32 participantes, sendo 16 crianças, 15 mães e um pai que acompanhavam as mesmas durante a internação. A (TABELA 1) apresenta a caracterização das crianças em relação à faixa etária em anos, sexo, procedência (cidade-estado) e escolaridade (série).

TABELA 1 – CARACTERIZAÇÃO DAS CRIANÇAS POR FAIXA ETÁRIA, SEXO, PROCEDÊNCIA E ESCOLARIDADE. CURITIBA, 2012/2013

Criança	Idade	Sexo	Procedência	Escolaridade
C1M7	7	m	Itapuranga – GO	1º ano
C2M9	9	m	Várzea Grande – MT	3º ano
C3M9	9	m	Foz do Iguaçu – PR	3º ano
C4M10	10	m	Brasília – DF	4º ano
C5F7	7	f	Manaus – AM	1º ano
C6M3	3	m	Pres. Tancredo Neves – BA	
C7M8	8	m	Amargosa – BA	2º ano
C8M8	8	m	Baixada Fluminense – RJ	3º ano
C9M8	8	m	Campinas - SP	1º ano
C10M8	8	m	Florianópolis – SC	3º ano
C11M5	5	m	João Pessoa – PB	Jardim
C12F9	9	f	Rio Negro – PR	3º ano
C13F6	6	f	Paripueira – AL	Jardim II
C14M9	9	m	Porangatú – GO	3º ano
C15M4	4	m	Londrina – PR	Maternal
C16M4	4	m	Recife – PE	Maternal II

FONTE: A autora (2013)

A maioria das crianças foi do sexo masculino (n=13 - 81,25%), a idade média de 7,12 anos e mediana de oito anos de idade, variando entre três e dez anos. Em

relação à procedência, houve predominância de estados da região Nordeste (n=5 - 31,25%), seguidos pelas regiões Centro-Oeste e Sudeste (n= 4 - 25% cada). No que diz respeito à escolaridade, 11 crianças (68,75%) estavam no Ensino Fundamental, quatro (25%) na Educação Infantil e uma delas não estava inserida em programas de educação formal. Vale ressaltar que uma das crianças, além da escola, frequentava também a APAE no período do contra turno.

A caracterização clínica das crianças, com diagnóstico médico, tipo de TCTH realizado e período de hospitalização em dias está apresentada na (TABELA 2).

TABELA 2 – CARACTERIZAÇÃO CLÍNICA DAS CRIANÇAS POR DIAGNÓSTICO, TIPO DE TCTH E PERÍODO DE HOSPITALIZAÇÃO. CURITIBA, 2012/2013

Criança	Diagnóstico	Tipo de TCTH	Período de hospitalização
C1M7	Anemia de Fanconi	NAP MO	29 dias
C2M9	Anemia de Fanconi	AP MO	29 dias
C3M9	Leucemia Aguda de Linhagem Ambígua	AP MO	31 dias
C4M10	Anemia Aplástica Severa	NAP MO	37 dias
C5F7	Anemia de Fanconi	AP MO	28 dias
C6M3	Síndrome de Wiskott-Aldrich	AP MO	36 dias
C7M8	Anemia de Fanconi	AP (APLO) MO	32 dias
C8M8	Síndrome de Wiskott-Aldrich	NAP SCU	35 dias
C9M8	Anemia de Fanconi	AP MO	27 dias
C10M8	Anemia de Blackfan Diamond	NAP MO	32 dias
C11M5	Leucemia Mielomonocítica Juvenil	NAP SCU	41 dias
C12F9	Anemia de Fanconi	NAP MO	35 dias
C13F6	Anemia de Fanconi	NAP MO	33 dias
C14M9	Adrenoleucodistrofia ligada a X	NAP MO	36 dias
C15M4	Anemia de Fanconi	AP (APLO) MO	49 dias
C16M4	Síndrome de Wiskott-Aldrich	NAP SCU	29 dias

FONTE: A autora (2013)

NOTA: AP – Aparentado; NAP – Não Aparentado; APLO – Aploidêntico; MO – Medula Óssea; SCU – Sangue de Cordão Umbilical.

O diagnóstico predominante foi o de Anemia de Fanconi (n= 8 - 50%), sendo que o STMO HC-UFPR tem experiência reconhecida internacionalmente em TCTH para essa patologia. O TCTH não aparentado foi a modalidade selecionada para a maioria das crianças (n= 6 - 37,5%) e a fonte de células mais utilizada foi a medula óssea (n= 13 - 81,25%). O período de hospitalização teve a média de 33,7 dias, variando entre 27 e 49 dias.

A (TABELA 3) apresenta a caracterização dos pais das crianças participantes, por vínculo (parentesco), idade em anos, escolaridade, profissão e tempo de acompanhamento da criança desde a data do diagnóstico médico, em anos.

TABELA 3 – CARACTERIZAÇÃO DOS PAIS DAS CRIANÇAS POR VÍNCULO, IDADE, ESCOLARIDADE, PROFISSÃO E TEMPO DE ACOMPANHAMENTO. CURITIBA, 2012/2013

Familiar	Vínculo	Idade	Escolaridade	Profissão	Tempo de Acompanhamento
F1	Mãe	32	EM Completo	Doméstica	2 anos
F2	Mãe	42	5ª série	Dona de Casa	9 anos
F3	Mãe	31	2ª série	Dona de Casa	2 anos
F4	Mãe	49	3ª série	Dona de Casa	2 anos e meio
F5	Pai	31	3ª série	Agricultor	4 anos
F6	Mãe	24	2ª série	Dona de Casa	2 anos e meio
F7	Mãe	38	2ª série	Lavradora	2 anos e meio
F8	Mãe	38	2º EM	Doméstica + Vendedora	8 anos
F9	Mãe	26	EM Completo	Analista Depto. Pessoal	1 ano e 10 meses
F10	Mãe	26	EM Completo	Dona de Casa	8 anos
F11	Mãe	31	Pós-Graduação	Enfermeira	1 ano e 4 meses
F12	Mãe	41	EM Completo	Dona de Casa	3 anos
F13	Mãe	28	1ª EM	Dona de Casa	3 anos
F14	Mãe	27	EM Completo	Dona de Casa	3 anos
F15	Mãe	34	EF Completo	Dona de Casa	4 anos
F16	Mãe	27	2º EM	Aux. de Confeiteiro	3 anos

FONTE: A autora (2013)

NOTA: EF – Ensino Fundamental; EM – Ensino Médio.

A maioria dos participantes familiares foram mães (n=15 - 93,75%). No entanto, é importante ressaltar que grande parte dessas dividia o cuidado da criança com outra pessoa da família (avó, pai, tia, tio).

A idade variou entre 24 e 49 anos, com média de 32,8 anos e mediana de 31 anos. O tempo de estudos teve mediana de 9,5 anos. A maioria das participantes (n= 9 - 56,25%) era dona de casa, sendo que grande parte delas havia deixado de trabalhar para cuidar dos filhos após o diagnóstico. O tempo de acompanhamento das crianças teve média de 3,7 anos e mediana de 3,8 anos, a partir do diagnóstico, sendo que quatro (25%) foram diagnosticadas ao nascimento.

6.1.2 Percepção dos Pais sobre o Brincar das Crianças

A EIP investigou a percepção dos pais sobre o comportamento lúdico - brincar de seus filhos antes da hospitalização para o TCTH – o brincar no cotidiano infantil. Verificou-se, conforme apresentado na (TABELA 4), que os elementos que mais despertavam a atenção das crianças eram livros com imagens, presença de outras crianças e situações engraçadas (n=15 - 93,75%). Em contrapartida, o elemento menos citado pelos pais foram as canções (n=9 - 56,25%).

TABELA 4 – CARACTERIZAÇÃO DOS ELEMENTOS QUE DESPERTAM O INTERESSE DA CRIANÇA EM CASA. CURITIBA, 2012/2013

Elementos	(n)	(%)
Visuais		
Livros de Imagens	15	93,75
Cores vivas	14	87,50
Auditivos		
História	13	81,25
Canções	9	56,25
Música	13	81,25
Sociais		
Presença de outras crianças	15	93,75
Presença de um adulto conhecido	11	68,75
Outros		
Personagens	13	81,25
Situações engraçadas	15	93,75
Presença de um animal	14	87,50
Programas de televisão	14	87,50

FONTE: A autora (2013)

Os pais (n=16 - 100%) relataram que as crianças gostam de brincar com brinquedos novos, nos espaços externos da casa e que são capazes de utilizar um brinquedo de maneira convencional (TABELA 5).

TABELA 5 – IDENTIFICAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS DO BRINCAR NO COTIDIANO DA CRIANÇA. CURITIBA, 2012/2013

Características do brincar	(n)	(%)
Repetir o mesmo jogo para melhor dominá-lo	11	68,75
Brincar com brinquedos novos	16	100
Ir a lugares novos	13	81,25
Brincar nos espaços externos da casa	16	100
Utilizar um brinquedo de maneira convencional	16	100
Imaginar novas maneiras de utilizar um brinquedo	5	31,25

FONTE: A autora (2013)

Os brinquedos com os quais as crianças brincam (n=16 - 100%) são aqueles que oferecem estímulos visuais e para locomoção, interessando-se também, por estímulos sonoros (n=14 - 87,50%) e para interação com os outros (n=15 - 93,75%). As atividades preferidas das mesmas são jogar videogame (n=6 - 37,5%) e bola (n=4 - 25%).

Em relação à maneira de brincar, todos os pais consideraram seus filhos curiosos e afirmaram que os mesmos têm prazer na brincadeira e o fariam em ambientes adversos como no hospital. Metade deles considerou que a criança realizaria essa atividade mesmo sentindo dor (TABELA 6).

TABELA 6 – MANEIRAS DE BRINCAR DAS CRIANÇAS EM CASA. CURITIBA, 2012/2013

Maneira de brincar da criança	Não		Ocasionalmente		Sempre	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
É curiosa					16	100
Tem iniciativa			2	12,5	14	87,5
Tem senso de humor			6	37,5	10	62,5
Tem prazer					16	100
Gosta de desafios	1	6,25	7	43,75	8	50
É espontâneo			6	37,5	10	62
É criativo			7	43,75	9	56
Brinca sozinha	1	6,25	2	12,5	13	81,25
Brincaria mesmo sentindo dor/incômodo	5	31,25	3	18,75	8	50
Brincaria em ambientes adversos					16	100

FONTE: A autora (2013)

Os pais informaram que os irmãos (n=6 - 37,5%) e outras crianças (n=12 - 75%) são os parceiros preferidos de brincadeira e a disposição para brincar está presente a qualquer hora do dia para a maioria das crianças (n=10 - 62,5%).

Explicações verbais configuram-se como a forma de comunicação mais utilizada pelos pais (n=13 - 81,25%) com as crianças. E, grande parte das crianças expressam seus interesses (n=15 - 93,75%) e necessidades fisiológicas (n=13 - 81,25%), através de palavras e frases. A forma como expressam os sentimentos está destacada na (TABELA 7).

TABELA 7 – FORMAS DE EXPRESSÃO DA CRIANÇA EM RELAÇÃO AOS SENTIMENTOS. CURITIBA, 2012/2013

Expressão da Criança	Sentimentos									
	Prazer		Desprazer		Tristeza		Raiva		Medo	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
Nenhuma										
Expressão do rosto	7	43,75	2	12,5	13	81,25	7	43,75	2	12,5
Gestos	1	6,25	5	31,25	1	6,25	2	12,5	1	6,25
Gritos / sons			2	12,5	1	6,25	4	25	1	6,25
Palavras / frases	8	50	7	43,75	1	6,25	3	18,75	10	62,5
Não sabe									2	12,50

FONTE: A autora (2013)

Em relação à rotina das crianças, todos os pais referiram que as mesmas brincam diariamente em diferentes momentos do dia e a maioria participa de atividades educativas na escola (n=8) ou em casa (n=3). Ambas as atividades fazem parte do que é esperado para a faixa etária abordada na pesquisa, na qual estão presentes os papéis ocupacionais de brincador e estudante.

6.1.3 Avaliação do Comportamento Lúdico antes do TCTH

As ACL foram realizadas em média quatro dias antes do TCTH. Dois participantes foram avaliados no dia do procedimento, porém antes da realização do mesmo, e um dez dias antes. A variação do momento de avaliação se deu por conta da data de internação da criança, que em alguns casos não coincidiu com os dias

reservados para a coleta dos dados, a disponibilidade do pai ou mãe para a entrevista e o período de condicionamento, que varia de acordo com a patologia. A maioria das crianças (n=15 - 93,75%) já havia iniciado o condicionamento, quando foi realizada essa etapa da avaliação.

Observou-se curiosidade (n=14 - 87,5%), prazer (n=12 - 75%) e espontaneidade (n=12 - 75%) completamente presentes ao brincar durante a ACL, conforme apresentado no (GRÁFICO 1).

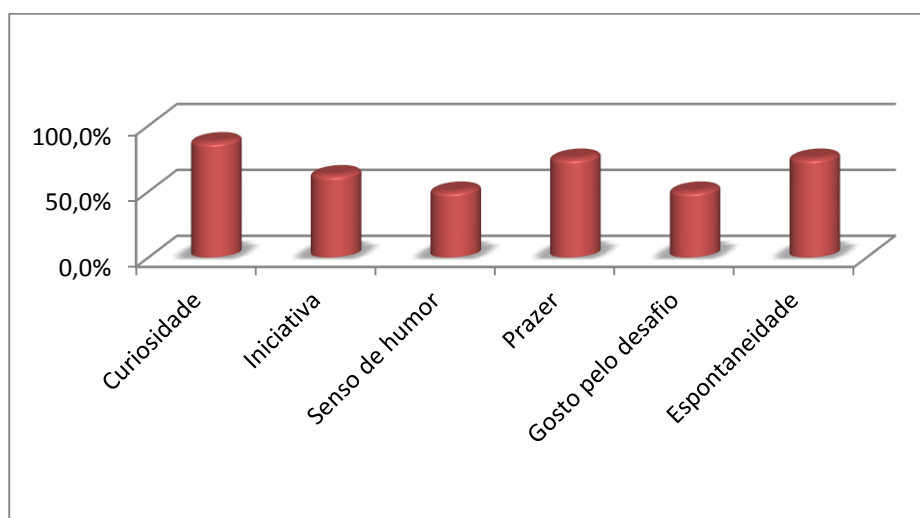


GRÁFICO 1 – CARACTERÍSTICAS DA ATITUDE LÚDICA DAS CRIANÇAS. CURITIBA, 2012/2013.
FONTE: A autora (2013).

Verificou-se interesse acentuado pela presença (n=13 - 81,25%) e ação (n=14 - 87,5%) de um adulto (pesquisadora) e pela interação verbal (n=10 - 62,5%) com o mesmo. O interesse dedicado à presença, ação e interação com outras crianças não pôde ser observado, uma vez que, encontravam-se, em quartos individuais.

Em relação ao ambiente sensorial, as crianças demonstraram maior interesse por estímulos visuais (n=15 - 93,75%) e auditivos (n=9 - 56,25%). Ressalta-se que as opções de estímulos táteis eram escassas, respeitando-se as exigências da Unidade de Internação para superfícies passíveis de desinfecção. Devido à restrição dos participantes ao leito, não foram oferecidos estímulos vestibulares.

Em relação aos interesses e capacidades lúdicas básicas, observou-se que a maioria das crianças interessou-se em aproximar-se dos materiais lúdicos (n=14 - 87,5%), utilizá-los de maneira convencional (n=15 - 93,85%) e em explorar o espaço visualmente (n=14 - 87,5%). Todas foram capazes de explorar o espaço e utilizar os materiais de maneira convencional, sendo que poucas demonstraram interesse e

capacidade em utilizá-los de forma diferente (TABELA 8). No item “explora fisicamente” considerou-se o interesse e capacidade da criança em posicionar-se no leito e alcançar os materiais disponibilizados.

TABELA 8 – INTERESSES E CAPACIDADES LÚDICAS BÁSICAS DA CRIANÇA. CURITIBA, 2012/2013

Ação	Interesse acentuado		Realiza sozinha	
	(n)	(%)	(n)	(%)
Em relação aos objetos				
Aproxima-se do objeto	14	87,5	15	93,85
Pega o objeto	13	81,35	15	93,85
Manipula o objeto	13	81,35	15	93,85
Em relação ao espaço				
Explora visualmente	14	87,5	16	100
Utilização dos objetos				
Explora propriedades	10	62,5	13	81,35
Explora o funcionamento	12	75	14	87,5
Utiliza de maneira convencional	15	93,85	16	100
Utiliza de maneira não convencional	3	18,85	3	18,85
Imagina situação de brincadeira	9	56,35	9	56,35
Acha soluções para dificuldades imprevistas	6	37,5	6	37,5
Expressa sentimentos / necessidades	12	75	12	75
Interage com os outros durante a brincadeira	11	68,8	13	81,3
Utilização do espaço				
Explora fisicamente	14	87,5	16	100

FONTE: A autora (2013)

O (GRÁFICO 2) apresenta como as crianças expressaram seus sentimentos e necessidades durante a brincadeira na ACL. A necessidade de segurança não foi observada em nenhuma das crianças e apenas uma delas relatou medo, o qual era relacionado à possibilidade de punção venosa no dia seguinte. A maioria das crianças expressou suas vontades, através de palavras e frases e a metade expressou dessa mesma forma os sentimentos de dúvida e prazer.

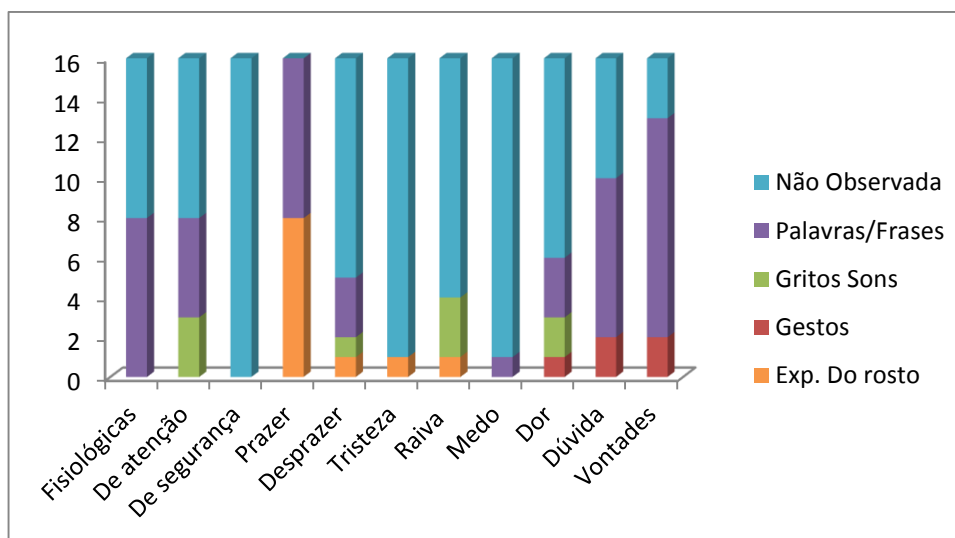


GRÁFICO 2 – EXPRESSÃO DE NECESSIDADES E SENTIMENTOS DAS CRIANÇAS DURANTE A BRINCADEIRA. CURITIBA, 2012/2013
 FONTE: A autora (2013)

O processo avaliativo demonstrou que as crianças apresentavam interesses e capacidades lúdicas adequadas à sua faixa etária, sem prejuízos significativos no engajamento no brincar em seu cotidiano.

6.2 CUIDANDO E BRINCANDO

Ao todo foram realizados 134 encontros, totalizando 5.671 minutos, aproximadamente 95 horas, de aplicação do Modelo Lúdico. O número médio de encontros por criança foi de 8,37, com duração média de 42,32 minutos. Programaram-se 168 atendimentos, sendo que desses 34 não foram realizados: nove por recusa da criança; em 20 a mesma estava dormindo durante a permanência da pesquisadora no STMO; e cinco devido ao passeio pré-alta.

As recusas foram motivadas por indisposição (febre, dor, náuseas e fadiga) e, em dois casos, a criança não referia queixas, mas mostrava-se irritadiça, chorosa e resistente ao contato. O sono foi relacionado à infusão contínua de cloridrato de morfina, para controle da dor causada pela mucosite, ou à medicação pré-infusão de hemoderivados ou das células-tronco hematopoéticas.

Em vários encontros houve interrupções, em sua maioria para procedimentos da Enfermagem (verificação de sinais vitais e administração de medicamentos), ocorrendo também visita médica ou oferta de alimentação pela equipe da Copa. Em geral, as interrupções não interferiram no desenvolvimento das atividades lúdicas e nem no nível de participação da criança nas mesmas. Quando possível, a criança continuava brincando ou mantinha-se, de alguma forma, envolvida na brincadeira – falando sobre a mesma para a enfermeira e conversando com a pesquisadora sobre a sua continuidade.

As crianças mostraram-se, de maneira geral, participativas e engajadas nas atividades lúdicas, recebiam a pesquisadora com alegria reconhecendo-a como parceira de brincadeiras e incluíram o momento lúdico no cotidiano do hospital. Em alguns encontros, as crianças apresentavam-se inicialmente com alguma queixa, dor ou náuseas na maioria das vezes, o que interferia em seu humor. Ainda assim, quase sempre, eram receptivas ao contato, demonstravam motivação para brincar e melhora significativa no humor e no bem estar ao envolver-se nessa atividade.

A seguir apresenta-se um breve relato individualizado sobre o processo de cuidado terapêutico ocupacional realizado. Posteriormente serão descritos os resultados referentes à evolução do comportamento lúdico.

6.2.1 Relato Individualizado do Processo de Cuidar e Brincar

No relato do processo de cuidar e brincar a descrição é relativa aos materiais mais vezes escolhidos pela criança para a brincadeira, seu comportamento perante a pesquisadora durante a atividade lúdica e por quem estava acompanhada.

Criança denominada C1M7

A criança foi receptiva ao contato em todos os encontros realizados, iniciando a brincadeira na maioria das vezes. Os materiais lúdicos mais utilizados foram: blocos de montar, carrinhos e videogame (solicitado pela criança no D5). A mãe esteve presente em quatro dos seis encontros, sendo que em dois a criança encontrava-se

sozinha. Apresentou-se bem disposta, queixando-se de dor em região oral no D4, o que não a impediu de brincar.

Em geral, mostrou-se participativa, comunicativa e alegre, demonstrando iniciativa para o início e desenvolvimento da brincadeira. Inicialmente, apresentou dificuldade para a compreensão de regras complexas e para a resolução de problemas, além de desistir da atividade diante de desafios. No entanto, nos dois últimos encontros, observou-se maior persistência e criatividade durante tais situações.

O (QUADRO 1) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X) ³	D+1	D+4	D+6	D+7	D+8	D+14	D+20	D+21
Encontros Programados ⁴	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
	28/09	01/10	03/10	04/10	05/10	11/10	17/10	18/10
Encontros Realizados ⁵	R	NR	R	R	NR	R	R	R
Observações: No D3 e D6 a criança permaneceu dormindo durante a permanência da pesquisadora no STMO. No D3 recebeu infusão contínua de cloridrato de morfina para controle da dor causada pela mucosite e no D6 apresentava quadro de febre persistente.								

QUADRO 1 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C1M7. CURITIBA, 2012
FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C2M9

Os materiais mais utilizados pela criança nas brincadeiras foram carrinhos, quebra-cabeça e dominó. O mesmo esteve acompanhado do pai ou da mãe na maioria dos atendimentos, estando sozinho em dois desses. A criança mostrou-se disposta, receptiva ao contato e motivada para brincar nos seis encontros realizados, mesmo no D4, quando se queixava de dor em região oral devido à mucosite. Com a piora da mesma e a sonolência secundária à infusão de medicação analgésica (opiáceos) para controle da dor, recusou-se a brincar no D5 e D6.

³ D-X a D+X – sendo D-X os dias que antecedem o TCTH em ordem decrescente; D0 dia da realização do TCTH; D+X os dias subsequentes ao TCTH em ordem crescente;

⁴ D1 a DX – sendo D (dia do encontro programado);

⁵ R – realizado; NR – não realizado.

Criança atenta, participativa e alegre, que interagiu e demonstrava satisfação durante as brincadeiras. C2M9 mostrava-se uma criança tímida, falava pouco, mas participativa, e comunicava-se com olhares, sorrisos e acenos de cabeça. Nos dois últimos encontros, com o fortalecimento do vínculo pesquisadora-criança, esteve mais comunicativa verbalmente, demonstrando maior autonomia para o início e desenvolvimento das atividades lúdicas.

O (QUADRO 2) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-1	D+1	D+6	D+7	D+8	D+13	D+14	D+20
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
	26/09	28/09	03/10	04/10	05/10	10/10	11/10	17/10
Encontros Realizados	R	R	R	NR	NR	R	R	R
Observações: Os encontros D5 e D6 não foram realizados, devido à recusa da criança que se encontrava sonolenta e queixando-se de dor intensa em região oral (mucosite). O pai relatou que a mesma tem passado a maior parte do tempo dormindo devido ao “remédio para dor” – cloridrato de morfina.								

QUADRO 2 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C2M9. CURITIBA, 2012
FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C3M9

A criança demonstrou grande interesse por jogos, sendo os seguintes realizados durante os encontros: Uno®, Cara a Cara®, dama, trilha e xadrez. Estava acompanhada da mãe em seis dos sete encontros realizados. Foi sempre receptiva ao contato e motivada para brincar, mesmo no D4, quando se encontrava nauseada e apresentando episódios de êmese.

Nos encontros mostrou-se uma criança muito alegre, sempre participativa e comunicativa, com facilidade para o aprendizado de novas habilidades. Desde o primeiro encontro demonstrou autonomia para o início e desenvolvimento das brincadeiras, das quais a mãe participava em geral, de maneira indireta, para aprender, pois sabia que a criança iria convidá-la a brincar posteriormente.

O (QUADRO 3) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-1	D0	D+3	D+6	D+7	D+12	D+13	D+19	D+20	D+21
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
	27/09	28/09	01/10	04/10	05/10	10/11	11/10	17/10	18/10	19/10
Encontros Realizados	R	NR	R	R	NR	R	R	R	NR	R
Observações: Os encontros não foram realizados no D3 e D6, pois a criança encontrava-se dormindo após medicação pré-infusão da medula óssea e de hemoderivados respectivamente. No D10 a mesma estava em passeio pré-alta no período de permanência da pesquisadora no STMO.										

QUADRO 3 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C3M9 – CURITIBA – 2012
FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C4M10

Os materiais escolhidos por C4M10 para as brincadeiras foram jogos: Uno®, dama, trilha e xadrez. A criança mostrava-se bem disposta, receptiva ao contato e motivada para brincar na maior parte dos encontros. No D5 queixou-se de náuseas, mas quis participar da atividade lúdica e, mesmo após episódio de êmese, deu continuidade à mesma. No D11 e D12, mostrava-se sonolenta e cansada, devido ao quadro febril persistente, o que a fez recusar o encontro.

Nos oito encontros, esteve atenta, participativa e comunicativa, demonstrando humor alegre e satisfação durante as brincadeiras. Apresentou autonomia para o início e desenvolvimento da atividade lúdica, durante a qual gostava muito de conversar e ouvir músicas. A mãe esteve presente em cinco encontros, sendo que em dois, foi convidada pela criança a participar da brincadeira.

O (QUADRO 4) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-1	D0	D+1	D+4	D+6	D+7	D+13	D+14	D+15	D+19	D+20	D+22
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13
	24/10	25/10	26/10	29/10	31/10	1/11	7/11	8/11	9/11	13/11	14/11	16/11
Encontros Realizados	R	NR	R	R	R	R	NR	R	R	NR	NR	R
Observações: Criança dormindo no D3 e D8 devido à indisposição e à medicação pré-infusão de hemoderivados respectivamente. No D11 e D12 a criança recusou atendimento, apresentava-se febril, indisposta e sonolenta.												

QUADRO 4 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C4M10 – CURITIBA – 2012
FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C5F7

Os materiais utilizados para as atividades lúdicas foram: bonecas Polly®, itens para brincar de cozinhar, desenhos, carimbos, lápis de cor e canetinhas hidrográficas. Todos os encontros programados foram realizados, pois a criança mostrava-se receptiva ao contato e motivada para brincar. No D4, queixava-se de dor em região oral devido à mucosite; no D5 demonstrava grande tristeza devido ao início da alopecia e, no D6 chorava muito após um procedimento realizado pela Enfermagem. Ainda assim, após ser acolhida e orientada, demonstrou interesse e motivação para brincar, observando-se melhora importante no humor e bem estar da criança durante essa atividade.

O pai acompanhou a criança em seis dos oito encontros, mas não participou das atividades realizadas. Inicialmente, mostrava-se silenciosa e aguardava um estímulo / incentivo para iniciar a brincadeira, durante a qual se mantinha atenta, concentrada e participativa, demonstrando humor alegre. Gradualmente, com o fortalecimento do vínculo pesquisadora-criança, esteve mais comunicativa e nos últimos três encontros demonstrou autonomia para o início e desenvolvimento da brincadeira.

O (QUADRO 5) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-1	D0	D+6	D+7	D+8	D+11	D+13	D+15
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9
	31/10	01/11	07/11	08/11	09/11	12/11	14/11	16/11
Encontros Realizados	R	R	R	R	R	R	R	R
Observações: Todos os encontros programados foram realizados.								

QUADRO 5 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C5F7 – CURITIBA – 2012
 FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C6M3

Os materiais utilizados nas brincadeiras foram: bonecos de personagens infantis e de animais diversos, carrinhos, blocos grandes de encaixe, brinquedo sonoro (simulando um painel de carro, com volante, câmbio, seta) e materiais para desenhar e colorir. Estava acompanhada pelo pai em dois encontros e pela mãe nos outros oito. Nos dois primeiros, não reconheceu a pesquisadora, provavelmente devido à necessidade do uso de máscara e avental por todos os profissionais da equipe de saúde, tornando-se difícil para a criança diferenciá-los. Mesmo assim, foi receptiva ao contato, demonstrou interesse em sua presença e ações, e participou das brincadeiras iniciadas pela mesma. A partir de D4, assim que a pesquisadora chegava à criança apontava para o local, onde estavam os brinquedos, relacionando a presença da mesma ao momento lúdico.

A criança esteve atenta, participativa e animada durante a maior parte dos encontros e demonstrou especial interesse nas brincadeiras simbólicas. A pesquisadora realizava ações e sons engraçados e a criança repetia tais atitudes. Mostrava-se irritada e com comportamento agressivo, em geral dirigido à mãe, quando contrariada ou nos horários de procedimentos médicos e da Enfermagem.

Entre D9 e D11, apresentou quadro febril persistente, além de episódios frequentes de náuseas e vômito, demonstrando abatimento e irritação com a aproximação de qualquer profissional da equipe de saúde. Após esse período, com a melhora clínica, voltou a participar alegremente das atividades lúdicas.

O (QUADRO 6) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-5	D-4	D-3	D+2	D+3	D+4	D+9	D+10	D+14	D+15	D+18	D+22	D+23
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14
	21/11	22/11	23/11	28/11	29/11	30/11	05/12	06/12	10/12	11/12	14/12	18/12	19/12
Encontros Realizados	R	R	R	R	R	R	R	NR	NR	NR	R	R	R
Observações: Entre D9 e D11 a criança mostrava-se abatida e apática, apresentando episódios de febre, náuseas e êmese. Nesses dias quis apenas ficar no colo da mãe, irritando-se com a aproximação da equipe de saúde.													

QUADRO 6 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C6M3 – CURITIBA – 2012
FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C7M8

A criança demonstrou grande interesse por jogos, sendo os seguintes realizados durante os encontros: Uno®, baralho, dama, trilha e dominó. Todos os dez encontros programados foram realizados. Mostrou-se sempre receptiva ao contato e motivada para brincar. No D7 e D8 queixou-se de odinofagia e náuseas, e no D9 apresentava-se sonolenta devido à administração de medicação pré-infusão de hemoderivados. Ainda assim quis brincar e não referiu queixas durante a atividade.

C7M8 estava acompanhada pelo pai em quatro dos encontros, em cinco pela mãe e sozinho em um. Sempre que estava com o pai, convidava-o para participar das atividades lúdicas. Mostrou-se participativa, comunicativa e alegre na maioria dos atendimentos e demonstrou autonomia para o início e desenvolvimento das brincadeiras.

O (QUADRO 7) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-6	D-1	D0	D+4	D+6	D+7	D+8	D+12	D+13	D+14
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
	30/11	05/12	06/12	10/12	12/12	13/12	14/12	18/12	19/12	21/12
Encontros Realizados	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Observações: Todos os encontros programados foram realizados.										

QUADRO 7 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C7M8 – CURITIBA – 2012
FONTE: A autora (2012)

Criança denominada C8M8

Os materiais escolhidos pela criança para as brincadeiras foram: Uno®, blocos de encaixe, massinha de modelar e materiais para desenhar e colorir. A mesma também gostava de ver vídeos e clipes em seu computador e conversar sobre os mesmos. Estava acompanhada pela mãe em quatro encontros, pelo pai em um e sozinha nos demais. Mostrou-se receptiva ao contato e motivada para brincar. Mesmo nos dias em que apresentava queixa de dor abdominal, associada ou não à sonolência (D2, D8 e D10), animou-se com a chegada da pesquisadora e quis brincar, o que promoveu melhora significativa em seu bem estar.

Durante as atividades lúdicas, mostrou-se atenta, participativa, comunicativa e muito alegre, cantarolando e falando de seu cotidiano em sua cidade natal. No D8 observou-se declínio no humor e comunicação verbal, talvez relacionado à dor ou ao uso da medicação analgésica para o controle da mesma. No entanto, houve envolvimento e melhora gradual do humor. Em todos os encontros demonstrou autonomia para o início e o desenvolvimento da brincadeira.

O (QUADRO 8) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D+1	D+5	D+7	D+8	D+12	D+14	D+15	D+19	D+21	D+22
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
	04/01	08/01	10/01	11/01	15/01	17/01	18/01	22/01	24/01	25/01
Encontros Realizados	R	R	R	R	R	NR	R	R	R	NR
Observações: A criança não foi atendida no D7, pois se encontrava dormindo no período de permanência da pesquisadora no STMO, em uso de cloridrato de morfina para controle de dor abdominal. No D11 estava em passeio pré-alta.										

QUADRO 8 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C8M8 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C9M8

Os materiais utilizados nas brincadeiras foram: carrinhos, bonecos de personagens diversos, blocos de montar, materiais para desenhar e colorir, jogos de super-heróis (Lince® e dominó) e fantasia do Homem Aranha. A criança gostava de

assistir aos filmes desse personagem e sempre solicitava o tablet da pesquisadora, utilizado para as filmagens, para procurar vídeos e imagens do homem aranha. Mostrou-se receptiva ao contato e motivada para brincar em todos os encontros, inclusive no D4, quando se queixou de dor intensa em região oral, devido à mucosite, demonstrando alívio desse sintoma ao brincar. Em um dos encontros esteve acompanhada pela avó, e pela mãe nos outros seis.

Durante as atividades lúdicas mostrou-se participativa, comunicativa e alegre. Inicialmente, assumiu uma atitude mais exploratória, necessitando de estímulos para iniciar as brincadeiras e dedicava pouco tempo a cada uma delas.

Demonstrou dificuldade para a compreensão de algumas regras dos jogos, mas criou novas formas de brincar com os mesmos, adaptando espontaneamente a atividade às suas habilidades. A partir do D5 observou-se aumento progressivo no nível de atenção da criança que permanecia mais tempo envolvida em uma mesma atividade, bem como em sua autonomia para escolher, iniciar e conduzir as brincadeiras.

O (QUADRO 9) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D+1	D+4	D+5	D+7	D+8	D+12	D+14	D+15	D+19
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
	04/01	07/01	08/01	10/01	11/01	15/01	17/01	18/01	22/01
Encontros Realizados	R	NR	R	R	R	R	R	NR	R
Observações: A criança não foi atendida no D3, pois se encontrava dormindo no período de permanência da pesquisadora no STMO, em uso de cloridrato de morfina para controle de dor causada pela mucosite. No D9 estava em passeio pré-alta.									

QUADRO 9 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C9M8 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C10M8

Os materiais utilizados por C10M8 em suas brincadeiras foram desenhos e materiais para colorir, carrinhos, bonecos de personagens diversos, pista *Hot Wheels®* e, na maioria das vezes, videogame e computador. A mãe a acompanhou em cinco encontros, o pai em dois e, a criança encontrava-se sozinha em um.

Mostrou-se receptiva ao contato e motivada para brincar na maioria dos encontros. No D5 queixou-se de náusea e episódios recorrentes de êmese, ainda assim, quis brincar, por curto período de tempo e interagindo pouco.

Em geral, a criança demonstrou autonomia para escolher, iniciar e conduzir a brincadeira, especialmente a partir do D6 quando foi disponibilizado o videogame. Engajou-se nas atividades lúdicas, mostrando-se participativa, comunicativa e alegre durante os encontros, com exceção do D5, devido às queixas mencionadas acima.

Em duas oportunidades a equipe da enfermagem solicitou o auxílio da pesquisadora para orientação da criança, que se mostrava resistente à realização da troca de curativo do cateter venoso central. A mesma foi orientada em linguagem lúdica, adequada a sua faixa etária e aceitou a realização do procedimento, que ocorreu durante a brincadeira, sem interferir em sua participação e satisfação nessa atividade.

O (QUADRO 10) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-6	D-5	D0	D+1	D+2	D+7	D+8	D+12	D+13	D+15	D+16	D+19
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13
	07/03	08/03	13/03	14/03	15/03	20/03	21/03	25/03	26/03	28/03	29/03	01/04
Encontros Realizados	R	NR	NR	R	R	R	R	NR	R	R	NR	R
Observações: Criança dormindo no D3 e D4 devido a episódios frequentes de febre e à medicação pré-infusão das células-tronco hematopoéticas respectivamente. No D9 a criança mostrava-se pouco receptiva ao contato e desmotivada para brincar, mas não referia queixas. No D12 encontrava-se em passeio pré alta.												

QUADRO 10 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C10M8 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C11M5

Os materiais utilizados nas brincadeiras foram: carrinhos, bonecos de personagens diversos, blocos de encaixe, materiais para desenhar e colorir, jogo Lince®, dominó de heróis, quebra-cabeça e livros de histórias infantis. A mãe o acompanhou em um dos atendimentos e a avó nos outros seis. A criança mostrou-se receptiva ao contato e motivada para brincar em todos os encontros, mesmo no D4 e

D10, quando se mostrava abatida devido ao quadro de odinofagia e dor abdominal respectivamente.

Demonstrou autonomia para escolher, iniciar e conduzir a brincadeira desde o primeiro encontro. Esteve sempre participativa e atenta durante as atividades lúdicas, demonstrando grande satisfação ao envolver-se nas mesmas. Entre o D3 e D5, permaneceu a maior parte tempo calada, devido à mucosite, mas encontrava maneiras de se expressar e interagir enquanto brincava (acenos de cabeça, gestos, expressões do rosto). A partir do D6 mostrou-se mais comunicativa a cada atendimento, com exceção do D10. Sua avó relatou que nesse o dia, o momento da brincadeira havia sido o único momento em que, a criança quis sentar-se na cama e conversar com alguém, ressaltando a importância dessa atividade para o seu bem estar.

Destaca-se que C11M5 era percebida pela equipe de saúde como uma criança mal humorada e “muda”, pois não conversava com nenhum profissional. No entanto, a brincadeira e a atitude lúdica da pesquisadora possibilitaram a construção do vínculo com a criança desde o primeiro encontro. A pesquisadora foi a única pessoa da equipe com quem ela conversava e com a qual se divertia ao brincar. Tal fato causou surpresa até mesmo à avó e à mãe, que relataram ser o silêncio e o “mau humor” posturas normalmente adotadas pela criança frente à equipe de saúde em suas hospitalizações anteriores.

O (QUADRO 11) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D+2	D+3	D+4	D+8	D+10	D+11	D+15	D+24	D+25
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
	20/03	21/03	22/03	26/03	28/03	29/03	02/04	11/04	12/04
Encontros Realizados	NR	R	R	R	R	NR	R	R	R
Observações: Criança dormindo no D2 e D7 devido ao uso de cloridrato de morfina para controle da dor causada pela mucosite e à medicação pré-infusão de hemoderivados respectivamente. Pesquisadora afastada por atestado médico entre 04/04 e 10/04 devido a sintomas gripais que impedem a permanência no STMO e o contato com os pacientes.									

QUADRO 11 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C11M5 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C12F9

Os materiais utilizados nas brincadeiras de C12F9 foram: itens para brincar de cozinhar, peças para confecção de bijuterias, materiais para desenhar e colorir, dominó e, especialmente, Uno® e quebra-beça. A criança foi receptiva ao contato e mostrou-se motivada para brincar em todos os encontros realizados, mesmo no D4, quando apresentava sonolência após receber medicação pré-infusão de hemoderivados. Esteve acompanhada da mãe na maioria dos encontros, no entanto, em quatro deles, a cuidadora aproveitou a presença da mestrande para sair do quarto e resolver questões relacionadas ao cuidado de C12F9.

A criança esteve atenta, participativa e completamente envolvida nas brincadeiras realizadas, demonstrando humor alegre e satisfação em participar das mesmas. No entanto, em alguns atendimentos precisou de estímulo e incentivo para escolher a atividade lúdica, o que pode estar relacionado ao fato da criança comunicar-se pouco verbalmente. Falar pouco era uma característica ressaltada pela mãe na EIP e observada durante as brincadeiras. Tal característica foi respeitada, entendendo que o momento lúdico deve promover um espaço para a criança sentir-se à vontade e feliz.

Nesse sentido, alguns estímulos foram oferecidos, mas sutilmente, para que a mesma não se sentisse obrigada a falar. Além disso, a criança era capaz de expressar suas necessidades e interagir durante a brincadeira, sem prejuízo em sua participação e satisfação nessa atividade.

O (QUADRO 12) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-4	D0	D+2	D+3	D+7	D+16	D+17	D+23	D+24	D+27
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11
	22/03	26/03	28/03	29/03	02/04	11/04	12/04	18/04	19/04	22/04
Encontros Realizados	R	R	R	NR	NR	R	R	R	R	R
Observações: Criança dormindo no D5 e D6 devido ao uso de cloridrato de morfina para controle da dor causada pela mucosite e à associação dessa à medicação pré-infusão de hemoderivados, respectivamente. Pesquisadora afastada por atestado médico entre 04/04 e 10/04 devido a sintomas gripais que impedem a permanência no STMO e o contato com os pacientes.										

QUADRO 12 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C12F9 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C13F6

Os materiais escolhidos pela criança em suas brincadeiras foram: blocos de montar, itens para brincar de cozinhar, materiais para desenhar, colorir e pintar e recursos do próprio contexto (luvas de procedimento, papel toalha, álcool). A mãe a acompanhou em quatro atendimentos e o pai em três. C13F6 mostrou-se motivada para brincar em todos os atendimentos realizados, embora, em alguns desses inicialmente parecesse indiferente à presença da pesquisadora.

Manteve-se atenta, participativa e comunicativa, demonstrando autonomia para escolher, iniciar e dirigir a brincadeira, porém, nem sempre com bom humor. C13F6 apresentava déficit auditivo severo, decorrente de seu diagnóstico de base (Anemia de Fanconi), que afetava também sua capacidade de comunicar-se verbalmente, dificultando o manejo e a relação da criança com a maioria dos profissionais da equipe de saúde. No entanto, durante as brincadeiras, a mesma mostrava-se comunicativa e interagia de maneira não verbal, expressando suas ideias, necessidades e sentimentos. Sendo assim, a pesquisadora foi requisitada várias vezes para auxiliar no processo de comunicação e no momento das orientações à criança para a realização de procedimentos (troca de curativo do cateter, corte de cabelo, verificação de sinais vitais). Adotava-se nesses momentos uma atitude lúdica e linguagem adequada à faixa etária e às habilidades de C13F6.

O (QUADRO 13) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-1	D0	D+4	D+5	D+13	D+14	D+20	D+21	D+24
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10
	28/03	29/03	02/04	03/04	11/04	12/04	18/04	19/04	22/04
Encontros Realizados	R	NR	R	R	R	R	R	R	NR
Observações: Criança dormindo no D3 devido à medicação pré-infusão das células-tronco hematopoéticas. Em passeio pré-alta no D10. Pesquisadora afastada por atestado médico entre 04/04 e 10/04 devido a sintomas gripais que impedem a permanência no STMO e o contato com os pacientes.									

QUADRO 13 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C13F6 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C14M9

O jogo Uno® foi o escolhido pela criança na maioria dos atendimentos. E, em um encontro foi o baralho. A mãe acompanhou-a em todos os atendimentos e participou das brincadeiras realizadas, inicialmente por vontade da criança, mas no decorrer do acompanhamento por iniciativa própria. C14M9 mostrou-se sempre receptiva ao contato e motivada para brincar, mesmo no período entre D4 e D7, durante o qual se queixou de cansaço e náuseas, apresentando febre e mucosite.

Criança atenta, participativa, alegre e bem humorada. Mesmo no período citado acima, no início do encontro estava mais silenciosa e abatida e, no decorrer, gradativamente mais animada e comunicativa. Nos demais encontros, demonstrava contentamento com a chegada da pesquisadora e autonomia para escolher, iniciar e dirigir a brincadeira.

O (QUADRO 14) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-7	D-6	D-3	D0	D+1	D+4	D+8	D+13	D+14	D+15	D+19	D+20
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13
	18/04	19/04	22/04	25/04	26/04	29/04	03/05	08/05	09/05	10/05	14/05	15/05
Encontros Realizados	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R	R
Observações: Todos os encontros programados foram realizados.												

QUADRO 14 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C14M9 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C15M4

Os materiais escolhidos pela criança na maioria dos encontros foram: blocos de encaixe e de montar / construir, bonecos de personagens diversos e livros infantis com *pop-ups*. Também foram disponibilizados materiais para desenhar e colorir, carrinhos, simulador de direção dos Carros®, quebra-cabeça e boneco *Mr. Potato Head®*. A criança esteve acompanhada pelo pai e por uma prima da mãe em três encontros, cada um, pela avó em dois e pela mãe em seis. No entanto, na maioria das

vezes, a mãe aproveitava a presença da pesquisadora para sair do quarto e “descansar” um pouco, ou resolver questões relacionadas ao cuidado da criança.

A criança esteve receptiva ao contato e motivada para brincar na maioria dos encontros. No entanto, no D2 mostrava-se bastante cansada, após a realização de duas sessões de radioterapia. No período de D7 a D11 apresentou quadro persistente de febre e mucosite, com necessidade do uso de medicamentos analgésicos (opiáceos) para controle da dor. Nesses dias, adotou uma postura mais passiva durante o brincar, apesar de manter-se atenta às ações da pesquisadora. A criança fez tentativas para brincar mais ativamente, mas foi vencida pela fadiga ou sonolência. A partir do D12, com a melhora progressiva do quadro clínico, voltou a brincar, mostrando-se participativa, comunicativa e alegre, e demonstrou maior autonomia para escolher, iniciar e dirigir a atividade lúdica.

O (QUADRO 15) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-1	D0	D+5	D+6	D+7	D+10	D+11	D+12	D+19	D+20	D+21	D+24	D+27	D+28	D+33	D+34	D+35
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12	D13	D14	D15	D16	D17	D18
	16/5	17/5	22/5	23/5	24/5	27/5	28/5	29/5	5/6	6/6	7/6	10/6	13/6	14/6	19/6	20/6	21/6
Encontros Realizados	R	NR	R	R	R	R	NR	R	R	NR	R	R	R	R	R	R	R
Observações: Criança dormindo no D3, D8 e D11, devido à medicação pré-infusão das células-tronco hematopoéticas, administração de cloridrato de morfina para controle da dor causada pela mucosite, e associação da mesma à medicação pré-infusão de hemoderivados, respectivamente.																	

QUADRO 15 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C15M4 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

Criança denominada C16M4

Os materiais mais utilizados pela criança em suas brincadeiras foram animais de brinquedo (diversas espécies e tamanhos) e quebra cabeça. Também foram disponibilizados bonecos e dominó de super-heróis e carrinhos. Esteve acompanhada da mãe em três atendimentos, do tio em quatro e em um estava sozinha. De maneira geral, mostrou-se receptiva ao contato e motivada para brincar, com exceção do D4, quando foi resistente ao contato e do D5, em que, embora tenha aceitado o contato,

apresentava-se chorosa, sentindo falta da mãe que só chegaria para passar a noite com a criança.

Na maioria dos encontros mostrou-se atenta, participativa, comunicativa, alegre e demonstrou autonomia para escolher, iniciar e dirigir a brincadeira.

O (QUADRO 16) apresenta informações em relação aos encontros programados e realizados e ao período do TCTH referente a cada um dos encontros com a criança.

TCTH (D-X a D+X)	D-4	D-3	D+2	D+3	D+4	D+7	D+8	D+9	D+16	D+17	D+18
Encontros Programados	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	D11	D12
	16/5	17/5	22/5	23/5	24/5	27/5	28/5	29/5	5/6	6/6	7/6
Encontros Realizados	NR	R	NR	R	NR	R	R	R	R	R	R
Observações: Criança dormindo no D2 e D6, devido a quadro de febre persistente após administração de Timoglobulina e medicação pré-infusão de hemoderivados, respectivamente. No D4 a mesma encontrava-se chorando muito, resistente ao contato e ao acolhimento.											

QUADRO 16 – ENCONTROS PROGRAMADOS E REALIZADOS COM C16M4 – CURITIBA – 2013
FONTE: A autora (2013)

6.2.2 Evolução do Comportamento Lúdico

A maioria das crianças apresentou, em panorama geral, manutenção ou evolução de seu comportamento lúdico durante o processo de cuidado terapêutico ocupacional guiado pelo Modelo Lúdico. A evolução foi observada principalmente nos componentes afetivos da atitude lúdica e nos componentes cognitivos e sociais da ação lúdica.

Duas crianças (C8M8 e C11M5) apresentaram leve declínio na pontuação das características e componentes afetivos da atitude lúdica no final do acompanhamento. Ambas com cistite hemorrágica como complicação pós TCTH, a qual lhes causava dor abdominal importante.

Em duas crianças verificou-se declínio importante do comportamento lúdico em encontros isolados. C10M8 queixava-se de náuseas e episódios recorrentes de êmese no D5 (D+1), o que interferiu em seu desempenho em relação às características da atitude lúdica e aos componentes sociais e cognitivos da ação

lúdica. E em C16M4 verificou-se no D5 (D+3) declínio em todos os itens, especialmente nos componentes motores da ação lúdica. Nesse dia, a criança encontrava-se chorosa referindo saudades da mãe que só chegaria à noite.

C16M4 desenvolveu um quadro muito grave de mucosite, que atingiu todo o sistema gastrointestinal, causando muita dor e sonolência decorrente da analgesia com cloridrato de morfina. Devido a esse quadro, observou-se prejuízo significativo no comportamento lúdico da criança no período de D7 a D11.

É importante ressaltar que mesmo nesses encontros em que, se observou declínio no comportamento lúdico, as crianças mostraram-se receptivas ao contato com a pesquisadora e motivadas para brincar. Isso demonstra a importância da brincadeira para o bem estar da criança hospitalizada, que tem consciência dessa importante função da atividade central dessa fase do desenvolvimento humano.

A seguir apresenta-se a evolução do comportamento lúdico de cada uma das crianças nos GRÁFICOS 3 a 18.

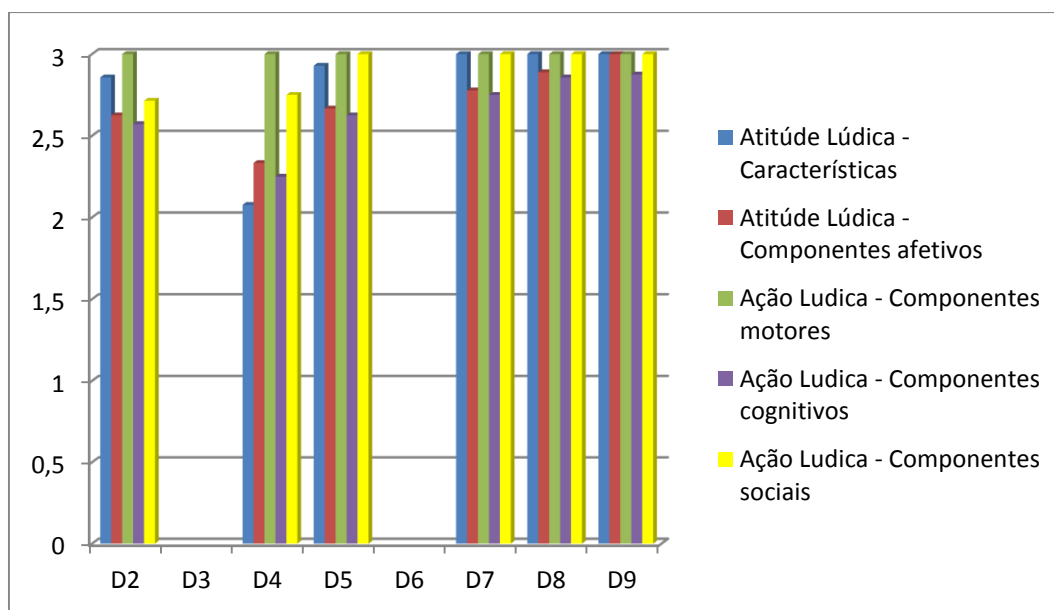


GRÁFICO 3 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C1M7. CURITIBA, 2013
FONTE: A autora (2013)

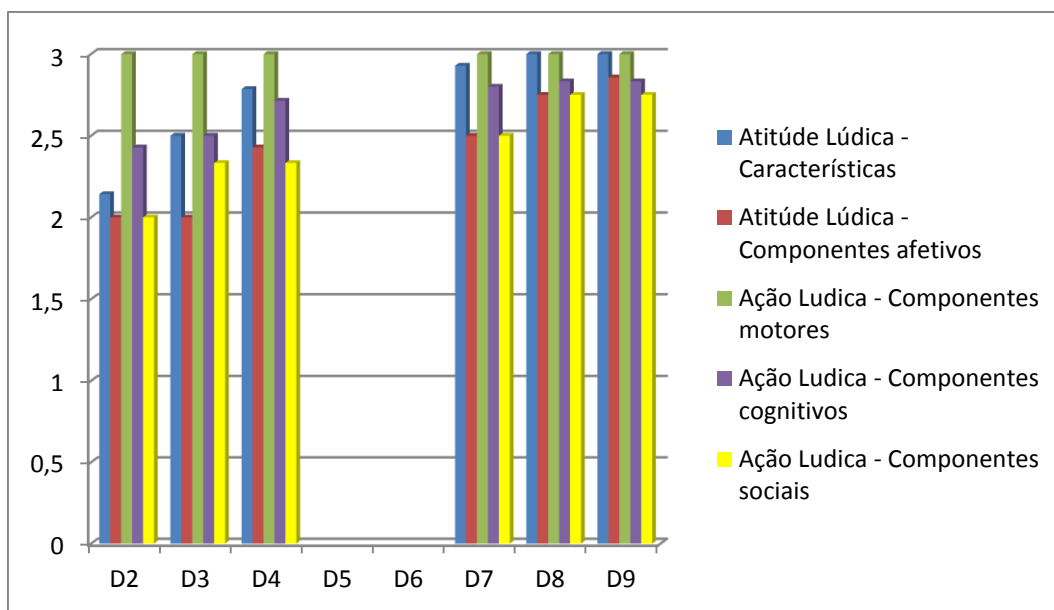


GRÁFICO 4 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C2M9. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

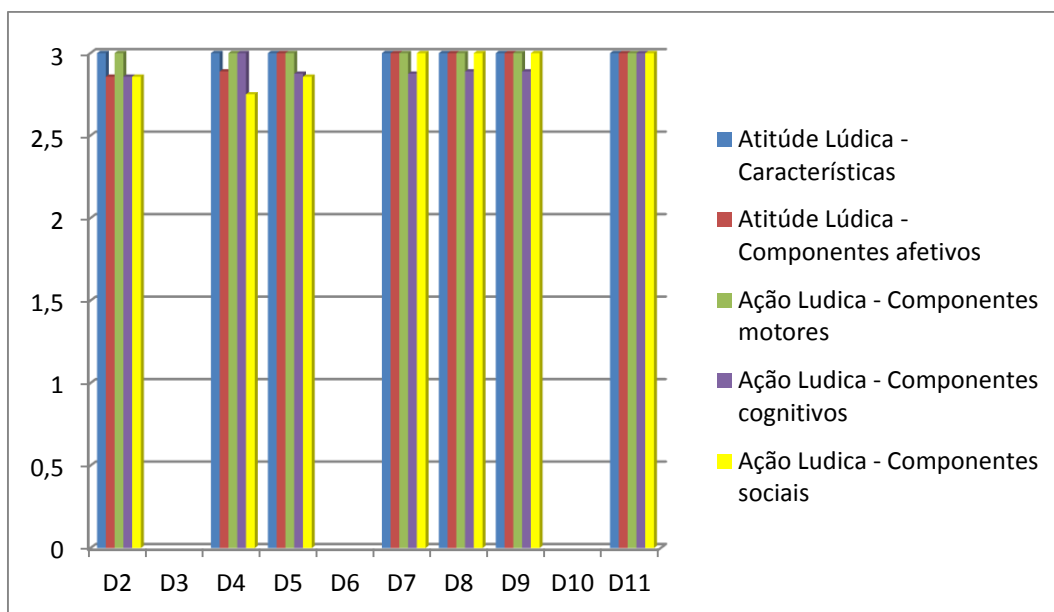


GRÁFICO 5 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C3M9. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

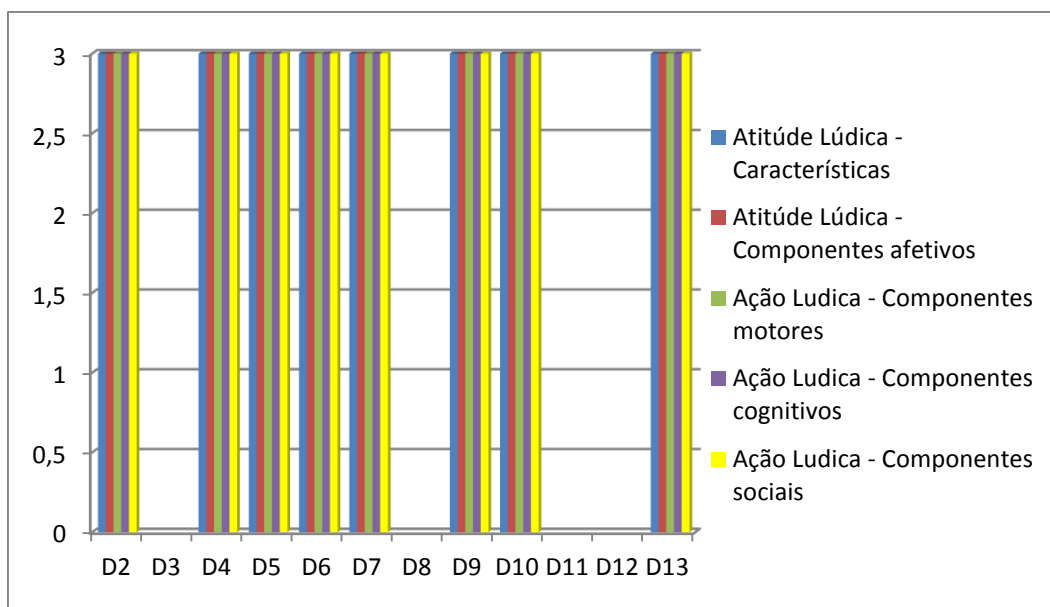


GRÁFICO 6 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C4M10. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

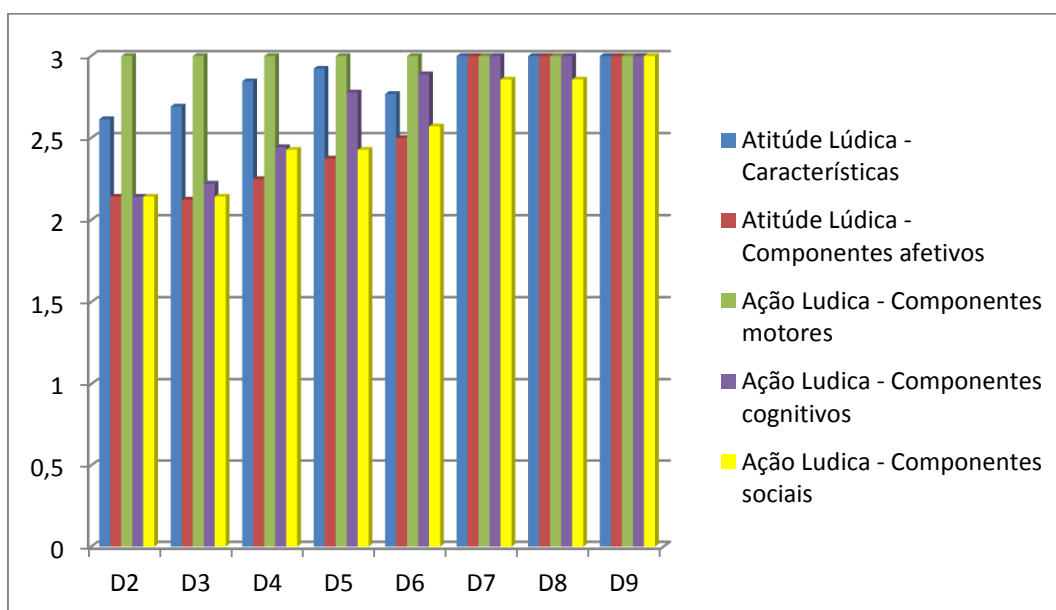


GRÁFICO 7 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C5F7. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

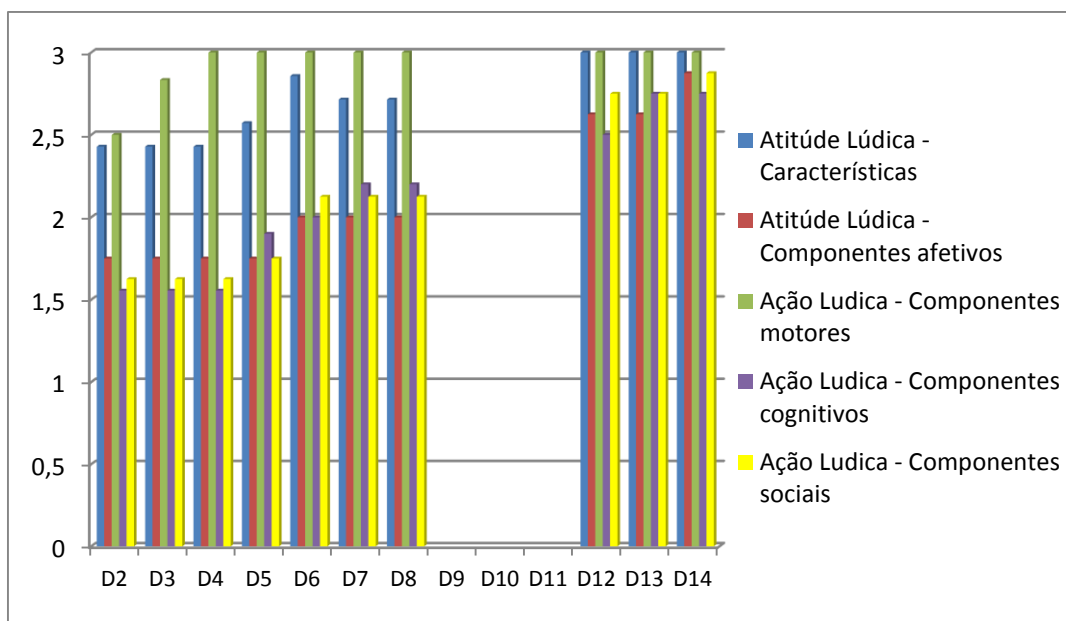


GRÁFICO 8 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C6M3. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

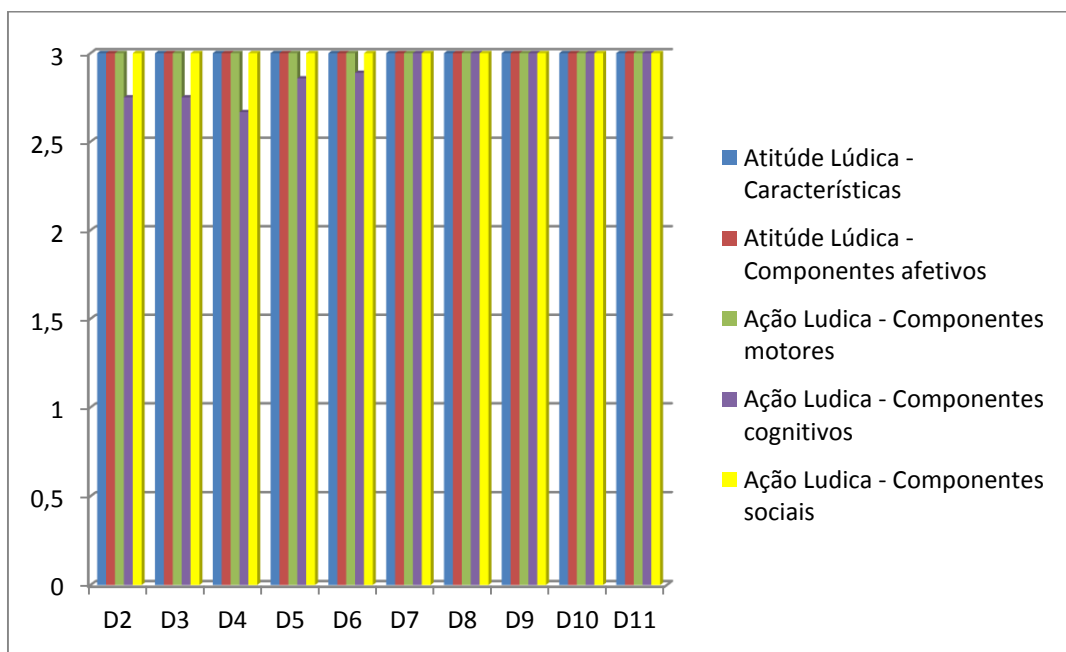


GRÁFICO 9 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C7M8. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

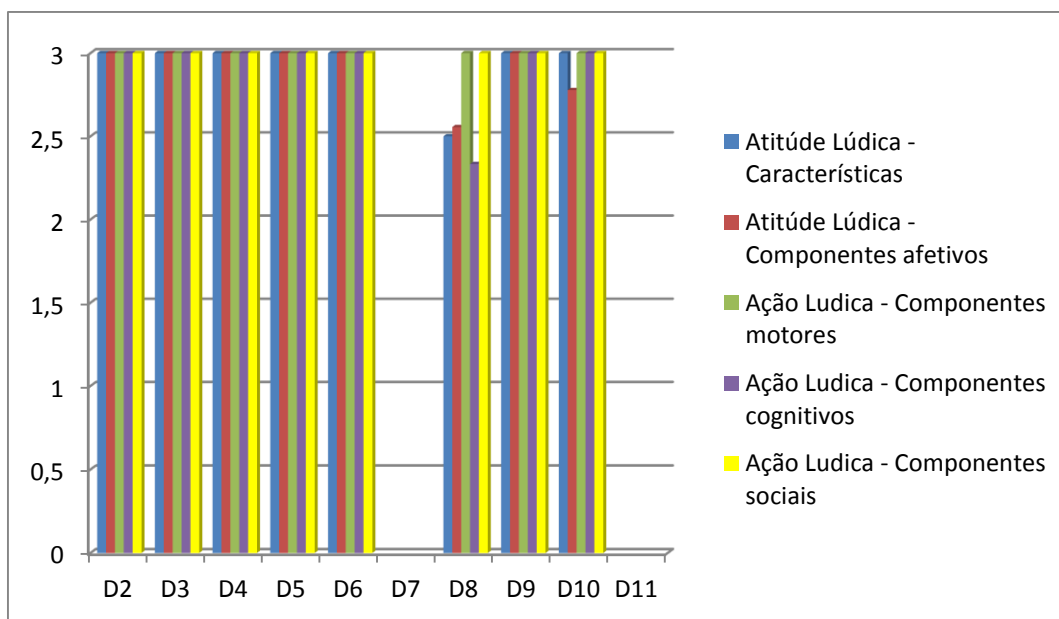


GRÁFICO 10 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C8M8. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

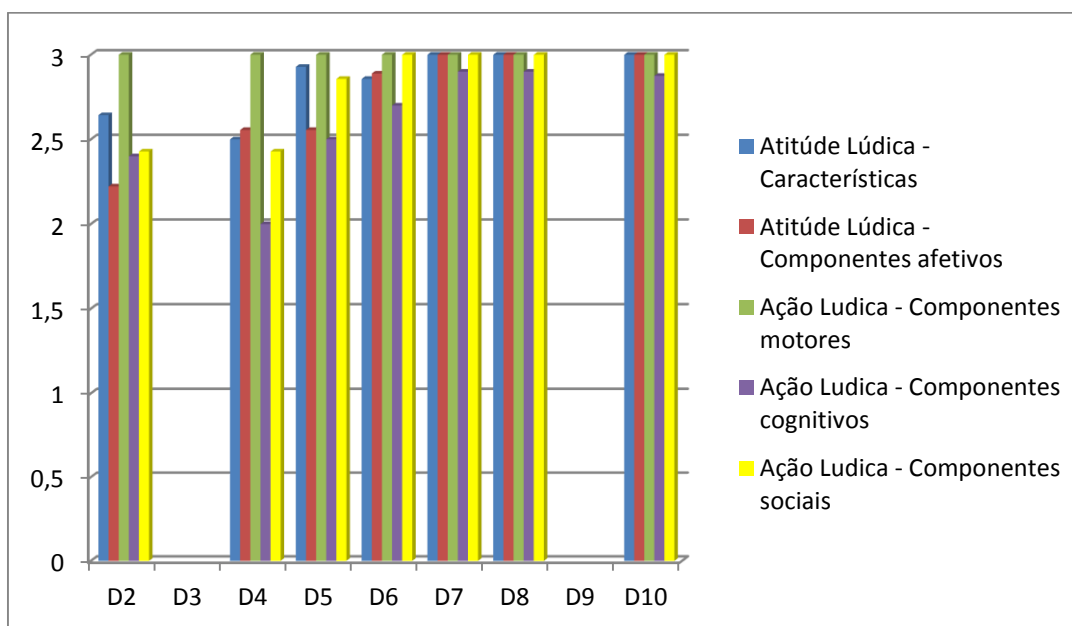


GRÁFICO 11 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C9M8. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

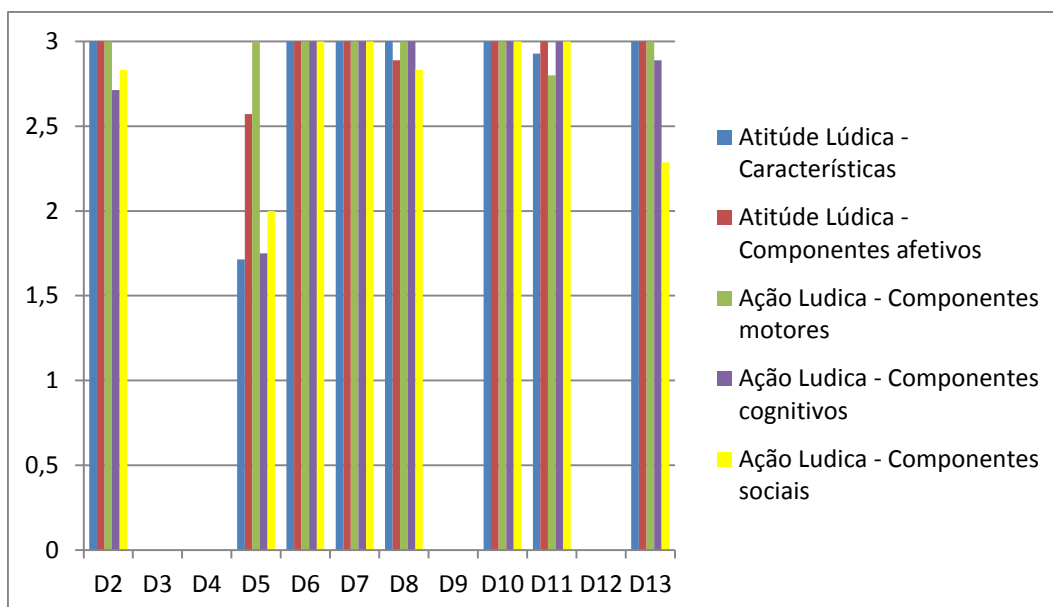


GRÁFICO 12 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C10M8. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

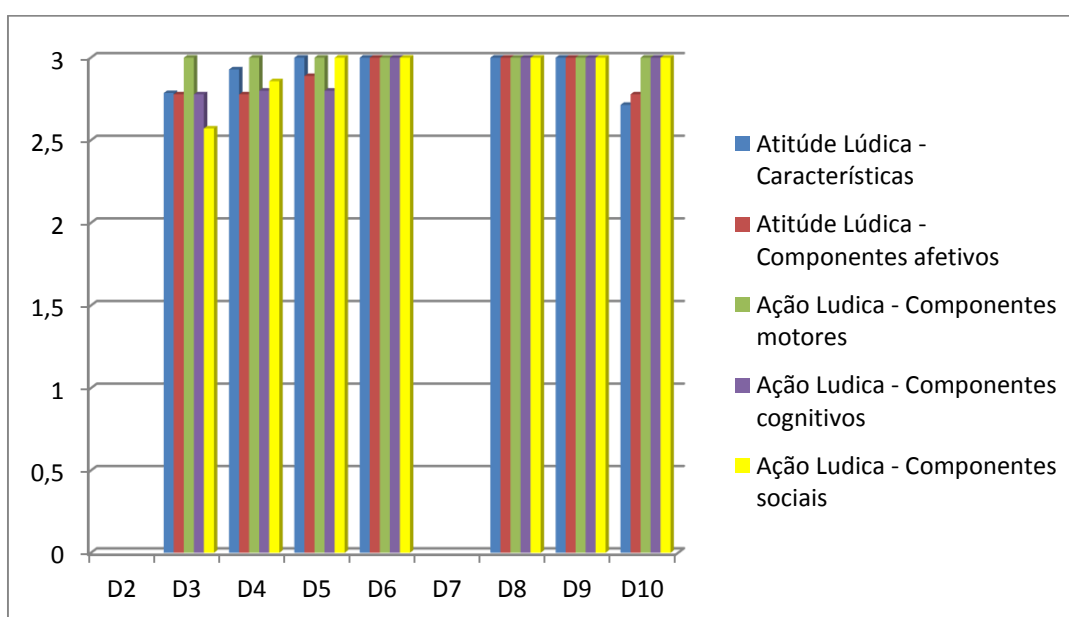


GRÁFICO 13 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C11M5. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

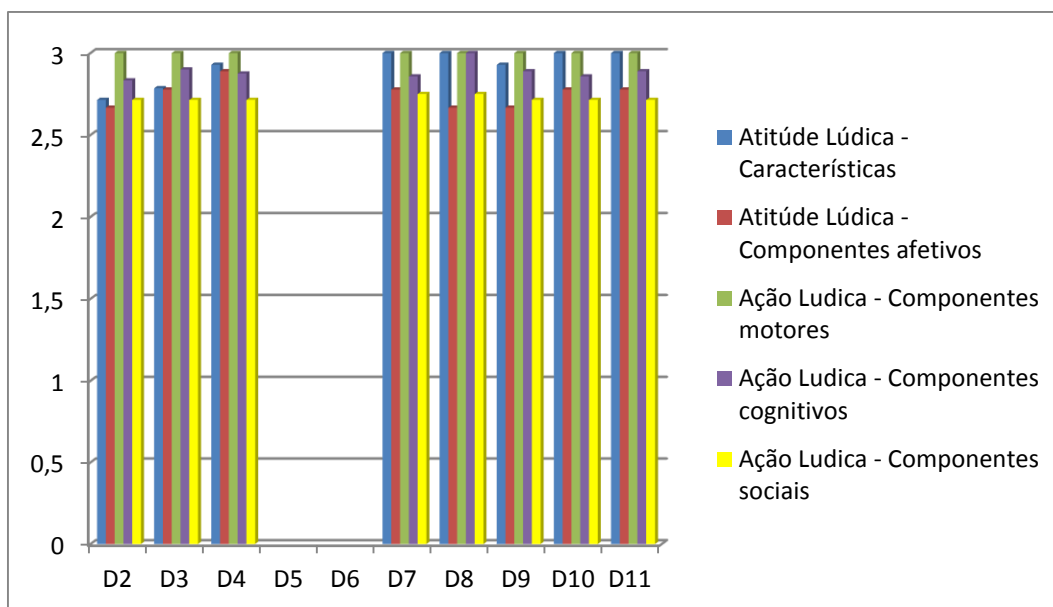


GRÁFICO 14 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C12F9. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

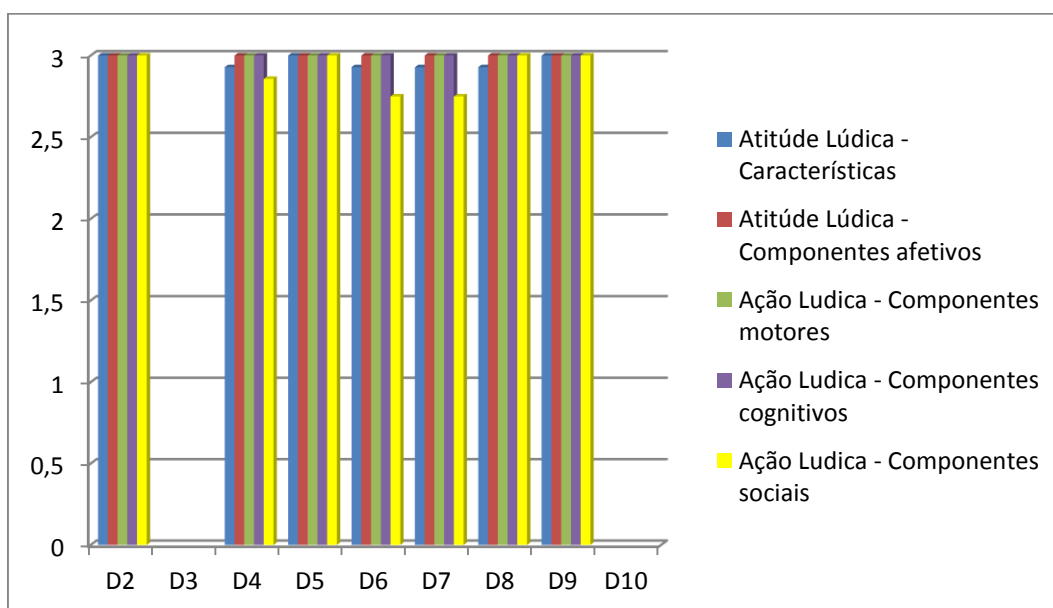


GRÁFICO 15 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C13F6. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

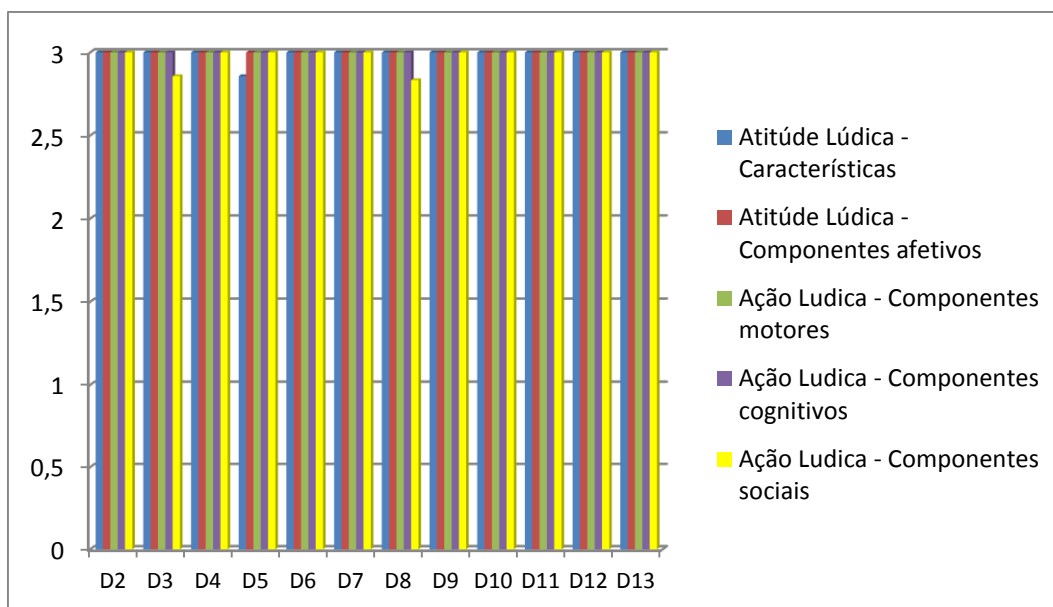


GRÁFICO 16 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C14M9. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

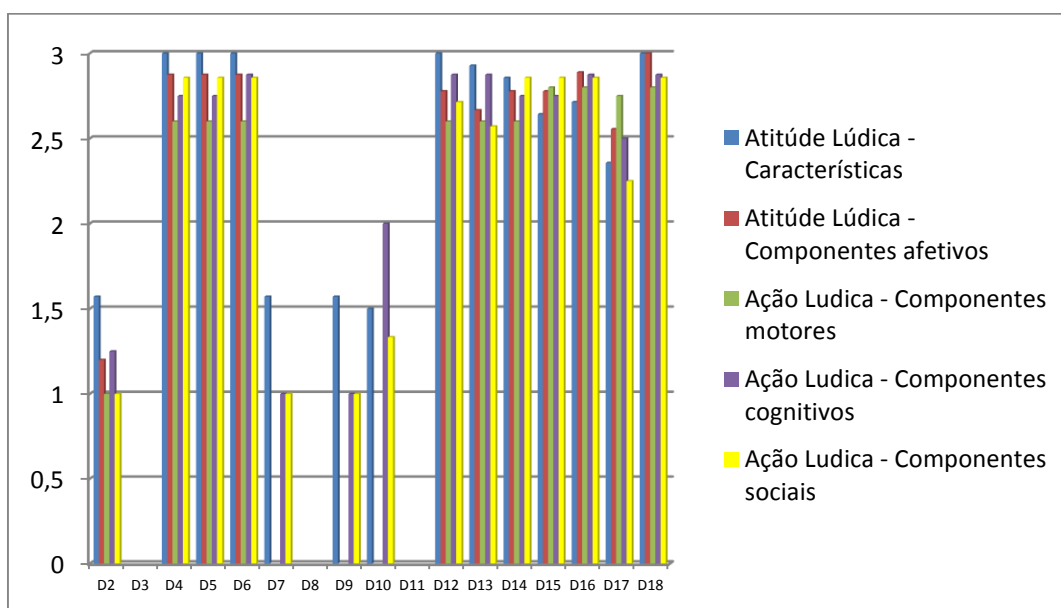


GRÁFICO 17 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C15M4. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

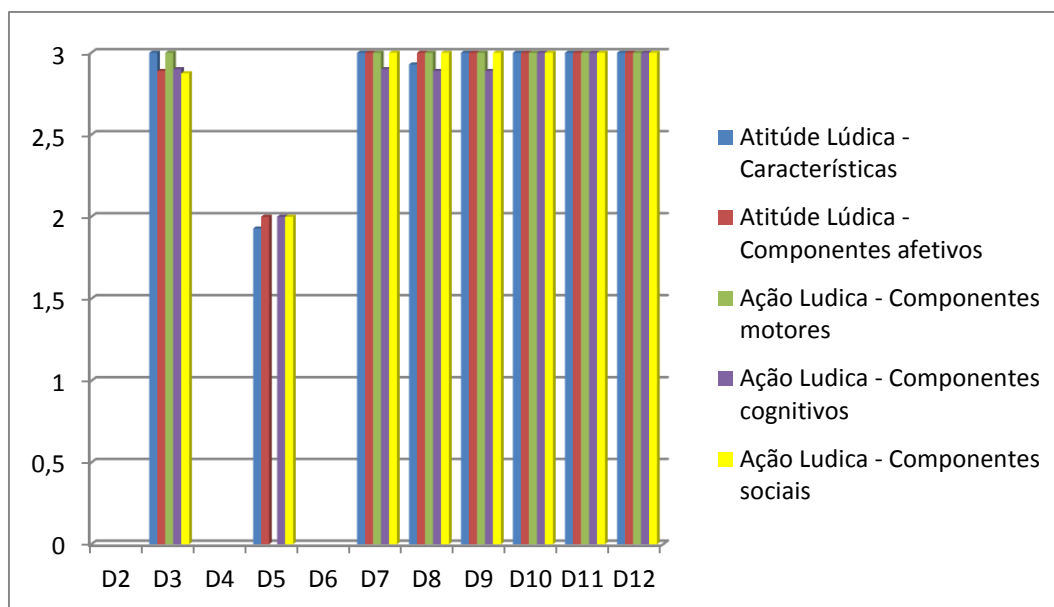


GRÁFICO 18 – EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO DE C16M4. CURITIBA, 2013
 FONTE: A autora (2013)

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A idade mediana das crianças participantes (oito anos) está relacionada à idade em que é feito o diagnóstico da doença prevalente nessa pesquisa. As alterações hematológicas da Anemia de Fanconi aparecem ou se agravam entre os sete e os oito anos de idade, período no qual, em geral, o diagnóstico é confirmado (PASQUINI, 2009; AUERBACH, 2009). Outro fator a ser considerado é o tempo de espera por um doador não aparentado compatível, sendo que metade das crianças realizou essa modalidade de TCTH.

A faixa etária considerada para a pesquisa foi diferente daquela para a qual o Modelo Lúdico foi concebido (idade pré-escolar). No entanto a autora (FERLAND, 2006) já considerava a possibilidade de aplicá-lo a diferentes clientelas. Outros estudos demonstraram a aplicação dos conceitos ou dos protocolos de avaliação em diferentes faixas etárias (GUITARD; FERLAND; DUTIL, 2006; OLIVEIRA; PAIXÃO; CAVALCANTE, 2009; ZAGUINI *et al*, 2011).

A procedência dos participantes foi bastante variada. Tal fato pode justificar-se pela excelência do STMO onde foi realizada a pesquisa, sendo esse um dos maiores do país e um dos poucos a realizar procedimentos mais complexos como TCTH NAP e aploidêntico. Ressalta-se ainda, que a instituição é referência nacional e internacional em TCTH para Anemia de Fanconi, diagnóstico de metade das crianças participantes.

No que tange à escolaridade, verificou-se que algumas das crianças apresentam pelo menos um ano de atraso em relação ao esperado para a sua faixa etária e que a maioria havia interrompido os estudos no ano da internação. As alterações no cotidiano da criança, impostas pela doença, aparecem como os principais motivos desse afastamento da escola. Entre elas estão, conforme observado em outros estudos, as faltas escolares no período letivo, para atendimentos e internações hospitalares frequentes (HOLANDA; COLLET, 2012; NÓBREGA *et al*, 2010).

As mães das crianças relataram sentir medo de levar os filhos à escola, devido à pancitopenia, que causa queda na capacidade imunológica, deixando-os vulneráveis a infecções. Em alguns casos, a pancitopenia severa impunha outras condições que motivavam as faltas escolares, como a fadiga, a predisposição a

hemorragias e a necessidade contínua de infusões de hemoderivados. Tal dado corrobora com os achados de Muñoz e Oliveira (2007), que observaram que as faltas escolares geralmente acontecem com o agravamento do quadro clínico, mesmo quando não há necessidade de hospitalização.

Assim como essa pesquisa, outros estudos também verificaram que a criança esteve acompanhada, na maioria dos casos, pela mãe durante o período de hospitalização, sendo a mesma o familiar mais envolvido no processo de adoecimento, diagnóstico e tratamento (PAULA; MARQUES, 2011; SILVA *et al*, 2010; MORAIS; COSTA, 2009). Trata-se de mulheres jovens em fase produtiva que, em sua maioria, encontrava-se sem vínculo empregatício, devido à necessidade de cuidar dos filhos após o diagnóstico de uma doença hematológica grave. Nesse sentido, Medrado e Whitaker (2012) destacam que entre os impactos mais significativos da hospitalização da criança na vida da família está o afastamento do trabalho. É importante destacar que, apesar da mãe ter sido a principal fonte de cuidados da criança, as mesmas tiveram auxílio dos companheiros durante a internação, ou nos períodos mais críticos da mesma.

Os pais devem ser percebidos como aliados da equipe de saúde, e podem ajudar significativamente na compreensão da criança, possibilitando personalizar a assistência e aproximá-la de sua realidade cotidiana (FERLAND, 2006). Desse modo, assim como Zaguini *et al* (2011), verificou-se que a aplicação da EIP foi fundamental para complementar a avaliação do comportamento lúdico de cada criança com detalhes do brincar em seu cotidiano antes da hospitalização.

A maioria dos pais considerou seus filhos curiosos e com prazer em brincar, envolvendo-se nessa atividade a qualquer hora do dia. Os irmãos e outras crianças foram citados como os parceiros preferidos para a brincadeira. O local em que mais gostam de brincar são os espaços externos da casa onde é possível correr, andar de bicicleta e jogar bola. Da mesma forma, em estudo sobre a preferência lúdica de crianças de faixa etária análoga à maioria da população dessa pesquisa, Rosseti e Souza (2005) verificaram que as mesmas gostam de jogos de regras, realizados em espaços abertos em companhia dos irmãos e/ou de amigos da escola.

A partir dos relatos dos pais é possível inferir que, na maioria dos casos, não houve ruptura do brincar no cotidiano das crianças antes da hospitalização. Algumas crianças apresentavam restrições para as brincadeiras mais ativas devido ao risco de sangramentos secundário à pancitopenia. Mas, de acordo com os pais, as mesmas

encontraram outras brincadeiras, sem prejuízo na participação nessa área de ocupação.

A EIP e a ACL demonstraram que as crianças participantes apresentavam interesses e capacidades lúdicas compatíveis com a sua faixa etária. Entre as preferências das mesmas, a maioria com mais de sete anos de idade, destacaram-se jogar videogame e jogos diversos que permitissem interação com outros. Florey e Greene (2008) verificaram que nessa faixa etária, as crianças engajam-se frequentemente em jogos com regras, que envolvam componentes cognitivos, sendo capazes de negociar e criar novas regras. Esse comportamento foi observado durante os encontros lúdicos, nos quais as crianças vibravam com suas vitórias nos jogos e muitas delas sugeriam competições e campeonatos para “ver quem era o melhor”. O interesse por jogos eletrônicos (computador ou videogame) também foi documentado por aquelas autoras.

A maioria das crianças apresentou interesse e capacidade em utilizar os materiais de maneira convencional, sendo que em poucas se observou o interesse e a capacidade de utilizá-los de maneira diferente. A brincadeira simbólica, de faz de conta, na qual um animal pode falar ou um carro pode voar está presente, de acordo com as etapas lúdicas de Takata⁶ (citada por PARHAM, 2008), na etapa simbólica (2 a 4 anos) e no início da etapa dramática (4 a 7 anos). Apenas cinco crianças encontravam-se nessa faixa etária, justificando a baixa ocorrência desse comportamento no grupo estudado.

Em relação às formas de comunicação e expressão das crianças, a maioria dos pais referiu que não há dificuldade na comunicação que é realizada verbalmente. A expressão de interesses e vontades ocorre espontaneamente, através de palavras e frase. As crianças expressam tristeza e raiva através de expressões faciais, e de maneira verbal os sentimentos de prazer, desprazer e medo. Esse comportamento também foi verificado durante as atividades lúdicas realizadas com as crianças no hospital no decorrer do processo de cuidado.

As recusas foram motivadas por indisposição, sendo febre, dor, náuseas e fadiga as queixas mais frequentes. Essas são complicações comuns durante o processo de TCTH e estão, muitas vezes, relacionadas ao regime de condicionamento, que envolve altas doses de quimioterapia e, em alguns casos,

⁶ TAKATA, N. Play as a prescription. In: Reilly, M. (Ed.). **Play as an exploratory learning**. Beverly Hills: Sage Publications, 1974.

radioterapia (ORTEGA; STELMATCHUK; CRISTOFF, 2009). Em estudo com crianças hospitalizadas para tratamento quimioterápico, Pacciullo (2012) descreveu que os efeitos colaterais da terapêutica (dentre eles náuseas, êmese, febre e fadiga) e a dor foram apontados pelas mesmas como aspectos negativos da hospitalização.

A sonolência esteve relacionada ao uso de cloridrato de morfina para controle da dor causada pela mucosite ou pelo uso de medicação pré-infusão de hemoderivados. A mucosite pode ser definida como uma inflamação e ulceração dolorosa bastante frequente na mucosa bucal, secundária principalmente a dois mecanismos: toxicidade e mielossupressão geradas pelo tratamento quimio / radioterápico (PINHO *et al.*, 2010). A dor causada pela mucosite é referida como um dos sintomas mais incômodos do tratamento e pode ser tão severa quanto à extensão da área comprometida, interferindo diretamente na qualidade de vida do paciente (GONDIM; GOMES; FIRMINO, 2010).

A infusão de hemoderivados faz parte de terapia de suporte pós TCTH e apresenta riscos inerentes à sua prática. Dentre esses, estão as reações transfusionais, descritas como agravos ocorridos durante ou após a transfusão sanguínea e a ela relacionados, cujos sinais e sintomas mais frequentes são: tremores, calafrio, febre, sudorese, palidez cutânea, taquicardia, taquipneia, náuseas e vômitos (CURCIOLI; CARVALHO, 2010). Alguns desses sintomas podem indicar a ocorrência de uma reação alérgica à infusão de hemoderivados e, após a primeira reação recomenda-se a prescrição de um anti-histamínico (em geral difenidramina) como pré-medicação para as próximas transfusões (BRASIL, 2007). A maioria das crianças participantes dessa pesquisa necessitava dessa medicação e apresentava como efeito colateral a sonolência.

Apesar das queixas, na maioria das vezes, as crianças mostraram-se motivadas para brincar, verificando-se melhora significativa em seu humor e bem estar ao engajar-se nas atividades lúdicas. A oferta de momentos e materiais lúdicos facilitou a formação do vínculo terapêutico, a comunicação com a criança e a sua compreensão das orientações relacionadas ao processo de TCTH. Diversos estudos, apresentados a seguir, apontam a importância do brincar no cuidado à criança hospitalizada.

Souza *et al* (2012) verificaram que a utilização do brincar nesse contexto promove uma resposta positiva da criança frente aos procedimentos, o estabelecimento de uma relação de confiança, tranquilidade e segurança com a

equipe de saúde, além de facilitar a comunicação e oferecer oportunidades de participar efetivamente do tratamento, contribuindo para a sua recuperação.

Da mesma forma, Francischinelli, Almeida e Fernandes (2012) observaram melhora da interação adulto-criança, maior cooperação e redução da ansiedade durante os procedimentos, facilitação da expressão de seus sentimentos e pensamentos. As autoras destacam que a utilização do brincar auxilia no atendimento das necessidades da criança, o que agiliza o processo de recuperação.

Fontes *et al* (2010) apontam que a brincadeira promove oportunidade de interagir com o ambiente hospitalar, expressar sentimentos e emoções e provê recursos para assistência humanizada. Nesse sentido Jansen, Santos e Fávero (2010) complementam que a brincadeira aumenta a motivação da criança, favorece a manutenção de sua individualidade e possibilita a implementação de um cuidado atraumático à criança e sua família.

A melhora do humor, o aumento da disposição, a redução da ansiedade, a diminuição do choro e da irritação, o aumento do apetite e melhor aderência ao tratamento foram observados por Castro *et al* (2010). Marinelo e Jardim (2013) ressaltam a importância de estratégias lúdicas para o enfrentamento do medo, da dor e do estresse causado pela hospitalização.

A evolução do comportamento lúdico foi verificada na maioria das crianças principalmente em relação aos componentes afetivos da atitude lúdica e aos componentes cognitivos e sociais da ação lúdica. Nesse sentido, Tahmores (2011) afirma que o brincar dá nova forma e cor à imaginação e a aspectos mentais, emocionais, motivacionais e intelectuais do desenvolvimento.

Nos casos isolados em que houve declínio do comportamento lúdico, também foram esses os componentes afetados. Destaca-se, portanto sua importância no acompanhamento do comportamento lúdico da criança hospitalizada, inferindo-se que a dor e a fadiga interferem negativamente nos mesmos. No entanto, de acordo com o relato da equipe e das mães, nesses dias, o encontro lúdico foi o único momento em que a criança brincou, expressou suas ideias, necessidades e sentimentos e assumiu uma postura mais autônoma.

Jun-Tai (2008) acredita que as crianças que menos sofrem ou que melhor enfrentam o estresse causado pela hospitalização são aquelas que têm algum controle sobre o que está acontecendo, o qual é atingido, em grande parte, com a manutenção de sua autonomia através do brincar.

8 CONSIDERAÇÕES ACERCA DA APLICABILIDADE DO MODELO LÚDICO

Atendendo ao terceiro objetivo proposto nesse estudo apresentam-se a seguir algumas considerações acerca de sua aplicabilidade no processo terapêutico ocupacional de cuidado a crianças submetidas ao TCTH durante o período de hospitalização.

8.1 ETAPA TEÓRICA

O quadro conceitual do Modelo Lúdico e a definição dos oito conceitos-chave – *brincar, atitude lúdica, ação do brincar, interesse pelo brincar, prazer da ação, capacidade de agir, autonomia e bem estar* – foram apresentados no Capítulo 4.

O brincar, definido pela *atitude* que o sustenta, pelos componentes que conduzem a *ação* e pelo *interesse* que a criança manifesta, resulta da interação desses três elementos. O ato de brincar pode favorecer a emergência do *prazer da ação* e o desenvolvimento da *capacidade de agir* da criança, promovendo *autonomia* e um sentimento de *bem estar* (da criança e da família). Agir não basta, é preciso considerar o ser para auxiliar a criança a tornar-se mais autônoma e mais à vontade consigo mesma. Para tanto, além da *ação do gesto*, busca-se também a *ação da mente* para atingir o potencial da criança através de sua *atitude lúdica*. O *interesse em brincar* é um elemento essencial para o desenvolvimento do processo de cuidado, para que o *prazer da ação* emergja e se mantenha. Assim, o Modelo Lúdico apresenta-se como uma via privilegiada para levar a criança a descobrir, apesar de limitações / restrições, o *prazer de agir, de viver, de ser* (FERLAND, 2006).

Ao pensarmos em uma criança gravemente enferma no hospital, passando por um procedimento de alta complexidade como o TCTH e em todas as complicações decorrentes do mesmo, a tendência é imaginá-la passiva, sofrendo, apática. No entanto ela continua sendo uma criança, com todas as necessidades e vontades inerentes a essa fase do desenvolvimento, mas aquela imagem pode se fazer real se ela não tiver oportunidades de engajar-se em sua atividade mais significativa, o brincar.

A partir da aplicação do Modelo Lúdico, observou-se que, mesmo em um contexto cheio de restrições, permeado por procedimentos, dor e mal estar, a criança mantém o interesse em brincar, quando tal atividade lhe é proporcionada. Ao engajar-se na brincadeira, abandona a atitude passiva de “paciente” e torna-se dona de sua ação, demonstrando capacidade e prazer de agir. O bem estar é evidente, enquanto está brincando, esquecendo-se, muitas vezes, das queixas e do ambiente em que se encontra.

Ao oportunizar momentos lúdicos às crianças durante sua hospitalização, possibilitou-se que as mesmas fossem autônomas e que mantivessem seu papel ocupacional de brincadoras. Tal fato ficou evidente em relatos da equipe e dos acompanhantes registrados em diário de campo, que diziam que a criança mantinha-se brincando com os materiais disponibilizados pela pesquisadora, mesmo nos dias ou horários em que a mesma não estava lá. Os relatos da equipe também evidenciaram a importância do brincar para a melhora do humor e do bem estar da criança.

Além disso, as mães construíram um importante vínculo terapêutico de confiança com a pesquisadora, relacionado ao vínculo que a criança formara com a mesma a partir do brincar e de sua atitude lúdica. Tal fato demonstra o bem estar que as atividades lúdicas levavam também às acompanhantes, que se sentiam mais tranquilas e felizes ao ver seus filhos sorrindo, brincando, sendo crianças mesmo no hospital.

O modelo Lúdico em seu aporte teórico sustenta a sua aplicação com crianças com especificidades diferentes daquelas para as quais foi originalmente desenvolvido. Considerou-se o quadro conceitual e teórico aplicável ao processo de cuidado de crianças em TCTH, sendo uma ferramenta adequada para a abordagem singular, global e humanizada dessa população.

8.2 ETAPA EMPÍRICA / EXPERIMENTAL

Na aplicação do Modelo Lúdico na prática com as crianças hospitalizadas para a realização do processo de TCTH, o termo *terapia* foi utilizado como sinônimo de

processo terapêutico ocupacional de cuidado, respeitando-se a nomenclatura utilizada pela autora.

Inicialmente aplicaram-se os instrumentos de avaliação (EIP e ACL). De maneira geral considerou-se os mesmos aplicáveis ao contexto, no entanto, alguns itens são bem específicos para as demandas da população para a qual foram desenvolvidos, como exemplo, alguns elementos sensoriais e motores e as formas de expressão e comunicação. Em geral, as crianças submetidas ao TCTH não apresentam deficiências físicas ou cognitivas, sendo assim optou-se pela exclusão de alguns itens da EIP e da ACL e pela inserção de outros considerados importantes para o contexto, como questões relacionadas à dor. Apesar de algumas adaptações necessárias, os instrumentos de avaliação foram fundamentais para conhecer a criança e o seu brincar, possibilitando uma abordagem personalizada que respeitasse a sua singularidade.

As alterações estão descritas a seguir.

Na EIP modificada (APÊNDICE 2) foram excluídos os itens: altura da voz e elementos táteis. O item atividades particulares foi incorporado à última pergunta da entrevista e o item outros foi substituído por programas de televisão. Incluíram-se os itens é criativo, brinca sozinho, brincaria em ambientes adversos e brincaria mesmo sentindo dor, e as questões referentes ao brinquedo preferido, local onde mais gosta de brincar e horário de maior disposição para essa atividade.

Na ACL modificada (APÊNDICE 3) os itens excluídos foram: informações complementares sobre a deficiência; aqueles referentes à ação em relação aos objetos; mudar de posição; pegar, apertar/desapertar, jogar/pegar, empilhar, esvaziar/encher; associar os objetos de acordo com as propriedades sensoriais; combinar os objetos para jogar; utilizar lápis, tesoura e colher; locomover-se empurrando um brinquedo sobre rodas; locomover-se transportando um objeto; explorar fisicamente um novo lugar; abrir/fechar uma porta; e utilizar elevador. Incluíram-se os itens dor, dúvida e vontades (na etapa da avaliação da expressão de sentimentos e vontades).

A seguir apresenta-se uma breve análise dos princípios diretores da abordagem e dos itens relacionados à intervenção e à evolução da terapia.

8.2.1 Princípios Diretores da Abordagem

Ferland (2006) definiu quatro princípios diretores a serem seguidos por quem deseja ser fiel ao espírito do Modelo Lúdico, analisados a seguir quanto sua aplicação ao contexto da pesquisa:

- A criança é a dona da obra e de sua terapia:

A autora define, nesse princípio diretor, que a criança é um participante integral que toma decisões, dirige e se expressa. O processo de decisão sobre a brincadeira / brinquedo é parte integrante da terapia e a escolha é da criança, pois o processo de decisão auxilia no desenvolvimento de sua autonomia dando-lhe um sentimento de controle e de satisfação.

Os encontros lúdicos foram realizados no quarto da criança, e não em uma brinquedoteca ou sala preparada para o brincar. Para respeitar esse princípio diretor, a pesquisadora levava os brinquedos e materiais até a criança, oferecendo sempre pelo menos três opções, baseadas no processo avaliativo e nos interesses manifestados em encontros anteriores. Dessa maneira foi possível permitir à criança tomar decisões sobre querer ou não brincar e com o que brincar.

- O terapeuta se adapta às escolhas da criança e manifesta uma atitude lúdica:

O terapeuta não deve influenciar nas escolhas da criança, devendo adaptar-se às mesmas para atingir os objetivos terapêuticos. A atitude lúdica do terapeuta é o elemento base da terapia, sendo que o mesmo deve se permitir ser espontâneo, expressar prazer, propor soluções engraçadas. Estimula-se, dessa forma, que a criança faça o mesmo e tenha prazer em agir.

A pesquisadora não influenciou a escolha das crianças em nenhum momento, apenas apresentava os materiais. Quando a criança demonstrava dificuldade em decidir, procurava mostrar-lhes as possibilidades de brincadeiras que cada material / recurso oferecia. Houve encontros em que algumas crianças pediram que a pesquisadora escolhesse a brincadeira, e então, respeitando-se o primeiro princípio diretor, a pesquisadora escolhia a brincadeira inicial, deixando a criança livre para escolher outra a qualquer momento.

Cada encontro era pensado como um momento mágico, em que fosse possível construir uma nova realidade a partir da brincadeira. A atitude lúdica adotada pela pesquisadora foi fundamental para a construção do vínculo com as crianças e com os acompanhantes. Nos registros do diário de campo, encontraram-se relatos da equipe ressaltando a espera da criança pela chegada da pesquisadora, a mudança de humor em saber que a mesma estava na unidade e a alegria com a qual era recebida.

- A terapia vai além da atividade de brincar:

A terapia não se inicia somente quando uma atividade de brincar é executada. Todas as situações podem ser fontes de trabalho terapêutico com a criança, desde que bem analisadas pelo terapeuta.

Assim, todas as oportunidades foram aproveitadas de maneira terapêutica. Quando a criança necessitava ser acolhida, a pesquisadora era chamada, tendo em vista o vínculo terapêutico estabelecido, mesmo se não houvesse encontro programado. Da mesma forma, a equipe solicitava o seu auxílio para orientações às crianças ou para a comunicação com as mesmas, quando havia alguma dificuldade. E às vezes um simples encontro no corredor se mostrava potencialmente terapêutico.

- A análise da atividade é o instrumento de escolha do terapeuta ocupacional:

Essa habilidade é exigida ao longo de cada encontro com a criança, pois, analisando-se as situações de brincar é possível definir os objetivos terapêuticos e refletir sobre a ação.

A análise de atividade foi inerente à função da pesquisadora em cada um dos encontros realizados. Era preciso estar sempre atenta à criança, ao ambiente e às demais pessoas presentes para que nenhuma oportunidade terapêutica fosse perdida e para que a brincadeira pudesse ser aproveitada em todo o seu potencial terapêutico.

8.2.2 Intervenção

A terapia segundo o Modelo Lúdico é um processo dinâmico, em perpétuo movimento, em que terapeuta e criança se influenciam mutuamente (FERLAND,

2006). Nesse item a autora descreve o papel do terapeuta, o brinquedo e as atividades de brincar, e se a terapia deve ser individual ou em grupo.

- O papel do terapeuta:

A autora reforça a importância da atitude do terapeuta e de que o mesmo conduza a criança a saber o que se espera dela e da filosofia da abordagem teórica, auxiliando-a a escolher, ter prazer, confiar em suas ideias e possibilidades, estar presente para ajudá-la quando necessário. Participar da brincadeira pode dar segurança à criança, e para brincar é preciso sentir-se seguro e confiante. Sem intervir na escolha da criança, enriquecer ou adaptar a brincadeira para fazê-la ir adiante.

A pesquisadora esteve sempre atenta a sua postura para que fosse adequada aos princípios diretores do modelo. Manteve atitude lúdica, como descrita acima, brincou junto à criança, sendo reconhecida pela mesma como uma parceira de brincadeira, auxiliou-a quando necessário, mas também apresentou desafios superáveis e possibilidades para desenvolver a imaginação.

- O brinquedo e as atividades de brincar:

As experiências lúdicas podem comportar materiais variados: brinquedos, jogos, papel e lápis, pintura. Elas podem consistir até mesmo na criação de situações ou em atividades que não requeiram material nenhum.

Sendo assim, procurou-se oferecer à criança vários materiais lúdicos, e em alguns encontros, até mesmo materiais próprios do contexto, como luvas e seringas, foram utilizados pela criança durante a brincadeira.

- Terapia individual ou em grupo?

De acordo com Ferland (2006) os encontros podem acontecer na modalidade individual ou em grupo, ressaltando algumas vantagens em atividades que, participam duas ou três crianças para o desenvolvimento das habilidades sociais.

No STMO cada criança fica em um quarto individual, e, pelo fato de estarem imunodeprimidas, não podem ser atendidas em grupo. Assim, todos os encontros foram individuais, buscando-se, conforme orienta a autora, oferecer as bases que permitirão, posteriormente, agir e interagir com outras crianças.

8.2.3 Evolução da Terapia

Ferland (2006) propõe três etapas sequenciais que servem como guia ao terapeuta para favorecer a evolução da criança durante a terapia, sendo que, frequentemente há sobreposição das mesmas sendo essas: 1) estimulação e respostas sensoriais; 2) manipulação do material e exploração dos objetos e do espaço; e 3) atividade lúdica propriamente dita. Essas etapas foram desenvolvidas pensando na criança com deficiência física e podem se estender por vários meses até que se atinjam os objetivos terapêuticos.

Tendo em vista que as crianças do STMO não apresentavam deficiências físicas, as três etapas aconteceram em um mesmo encontro e, mais frequentemente, a primeira etapa não era observada, pois a criança já iniciava o encontro com a exploração dos materiais. A atividade lúdica propriamente dita foi realizada em todos os encontros.

A evolução da criança foi registrada na ECL após a pesquisadora assistir ao vídeo de cada encontro, e será abordada no próximo item.

Na etapa experimental observou-se a necessidade de pequenas adaptações nos instrumentos EIP, ACL e ECL e na forma de aplicação do Modelo Lúdico. Tais adaptações foram realizadas, aplicadas e consideradas adequadas ao contexto e à população, sem qualquer interferência nos princípios diretores da abordagem guiada pelo Modelo Lúdico.

8.3 ETAPA ANALÍTICA

Para a etapa analítica da avaliação da aplicabilidade do Modelo Lúdico no contexto da pesquisa, utilizou-se como base a evolução do comportamento lúdico observada no instrumento ECL. A ECL também foi modificada durante o pré-teste, conforme descrito a seguir.

A ECL (APÊNDICE 4) foi reformatada no modelo de escala de Likert e os seguintes itens foram excluídos: componentes sensoriais da ação lúdica; conserva uma posição; pega/larga; abre/fecha; arremessa/pega; esvazia/enche; empilha; transporta; troca de posição; desloca-se; experimenta e compreende a situação de causa e efeito e de permanência do objeto; reconhece características fundamentais dos objetos; compreende a noção de propriedade.

A evolução de cada criança foi descrita e demonstrada através de gráficos no Capítulo 6. Observou-se evolução ou manutenção do comportamento lúdico na maioria das crianças, sendo esse um dos objetivos do Modelo.

A pontuação da criança em cada um dos encontros possibilitava uma imagem real de seu comportamento durante a brincadeira, relacionado ao período do TCTH em que se encontrava. Isso permitia o reestabelecimento de objetivos terapêuticos a médio e curto prazo, de acordo com as necessidades observadas.

A etapa analítica demonstrou os benefícios do Modelo Lúdico como guia para o cuidado de crianças em processo de TCTH e a adequação dos itens da ECL para o acompanhamento de seu comportamento lúdico no contexto hospitalar.

A pesquisa metodológica realizada e os passos propostos por Pasquali (1996; 2009; 2011) para a elaboração e validação de escalas / testes de medida psicológica demonstraram, portanto, que o Modelo Lúdico é aplicável ao processo de cuidado terapêutico ocupacional da criança submetida ao TCTH. A abordagem prática configurou-se com um guia para o trabalho, sugerindo-se apenas, a adaptação de alguns itens dos protocolos de avaliação para maior proximidade ao contexto, conforme descrito anteriormente. A ECL é um instrumento que permite observar a evolução da criança na terapia e o estabelecimento de objetivos. E o quadro conceitual do Modelo Lúdico e seus pressupostos teóricos são perfeitamente aplicáveis ao contexto estudado, auxiliando a criança a vencer a passividade e a dependência, superar desafios e descobrir o prazer de agir (FERLAND, 2006) em um momento tão singular de sua vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infância é um período singular do desenvolvimento humano, permeado por descobertas, aprendizado, aquisições de habilidades e capacidades. A criança atua no mundo através da brincadeira, que lhe permite crescer e se desenvolver de maneira saudável, conhecer e agir no ambiente ao seu redor e se relacionar com seus pares. Tendo o brincar como atividade primária e central da vida cotidiana, a criança exerce o seu papel ocupacional – brincadora – o qual a define enquanto indivíduo membro da sociedade.

Fatores externos à criança podem dificultar ou impedir o seu envolvimento em atividades lúdicas e, conseqüentemente, interferir em seu processo de desenvolvimento. Dentre esses fatores estão o adoecimento e a necessidade de hospitalização. Crianças gravemente enfermas, que necessitam ser submetidas ao TCTH, invariavelmente serão hospitalizadas por um longo período, tendo em vista a complexidade desse procedimento.

O ambiente hospitalar, o rompimento da rotina, o afastamento de pessoas queridas, as restrições impostas pelo tratamento e os procedimentos (necessários, mas invasivos) configuram-se como situações adversas por causarem sofrimento e mostrarem-se potencialmente traumáticas. Nesse contexto, a criança pode encontrar-se privada de oportunidades para o engajamento no brincar, o que representa um risco ao seu desenvolvimento saudável.

Promover momentos lúdicos, nos quais possa exercer seu papel ocupacional é uma estratégia para o cuidado integral da criança hospitalizada. No entanto verifica-se a necessidade de uma teoria que fundamente e sistematize a prática lúdica, para que o brincar possa ser utilizado de maneira terapêutica em toda a sua potencialidade.

A busca por um referencial teórico que guiasse tal prática nos aproximou do Modelo Lúdico de Francine Ferland (2006). Seus pressupostos teóricos e de abordagem prática propõe a utilização do brincar, com o objetivo de tornar a criança autônoma na realização dessa atividade e, conseqüentemente, favorecer o desenvolvimento de uma capacidade de agir e de uma atitude que possam auxiliá-la a enfrentar mais facilmente os desafios cotidianos. O processo de cuidado é centrado na criança, com ênfase em suas possibilidades e capacidades e respeitando sua singularidade.

Entendendo que tais conceitos poderiam auxiliar a criança hospitalizada a exercer seu papel ocupacional e a vencer a condição passiva, muitas vezes imposta pela rotina hospitalar, essa pesquisa utilizou o Modelo Lúdico como guia para o processo de cuidado terapêutico ocupacional da criança hospitalizada para a realização do TCTH. Visava-se analisar a aplicabilidade do Modelo nesse contexto.

O processo de cuidado seguiu os passos sugeridos por Ferland (2006): avaliação, intervenção e evolução da terapia. O processo avaliativo, guiado pela aplicação de dois instrumentos, EIP e ACL, revelou-se fundamental para conhecer o brincar da criança em seu cotidiano antes da hospitalização e suas preferências lúdicas. Assim foi possível desenvolver uma prática personalizada, respeitando as singularidades de cada uma das 16 crianças acompanhadas.

No entanto, a EIP e a ACL possuem itens específicos para a avaliação do comportamento lúdico de crianças com deficiência física, população para a qual o Modelo foi originalmente desenvolvido. Sendo assim, verificou-se a necessidade da exclusão, inclusão e adaptação de alguns itens, visando à aproximação dos protocolos de avaliação ao contexto hospitalar.

A prática guiada pelo Modelo Lúdico revelou a importância do brincar significativo e personalizado para a melhora do humor e do bem estar da criança. Verificou-se o enriquecimento do cotidiano hospitalar e a possibilidade de manutenção do papel ocupacional de brincador, mesmo em um cenário com tantas restrições.

A maioria das crianças apresentou evolução ou manutenção de seu comportamento lúdico durante o processo de cuidado, envolvendo-se nas brincadeiras mesmo com dor ou mal estar. Em casos isolados verificou-se declínio principalmente nos componentes afetivos da atitude lúdica e nos componentes sociais da ação lúdica. Verificou-se que, na maioria desses casos, a criança apresentava dor intensa, secundária principalmente a mucosite, complicação aguda comum no período pós TCTH imediato.

O efeito colateral da necessidade de analgesia e da medicação pré-infusão de hemoderivados (sonolência) configurou-se como a principal razão para a não realização dos encontros lúdicos programados.

A análise da aplicabilidade do Modelo Lúdico seguiu três etapas: teórica, empírica ou experimental e analítica. Considerou-se o quadro conceitual e os pressupostos teóricos perfeitamente aplicáveis ao contexto. A etapa empírica demonstrou que os protocolos de avaliação necessitaram de pequenas adaptações,

mas que a organização do processo de trabalho aplica-se ao cuidado da criança hospitalizada. A etapa analítica considerou a evolução do comportamento lúdico das crianças demonstrada no instrumento ECL, também modificado, que se mostrou adequado para quantificar as características da atitude e da ação lúdica, oferecendo um quadro fiel do comportamento lúdico em cada fase do TCTH.

Considerou-se o Modelo Lúdico aplicável ao processo terapêutico ocupacional de cuidado da criança hospitalizada para a realização do TCTH, contribuindo para o seu empoderamento e autonomia na área de ocupação que é própria desse período do desenvolvimento humano. Acredita-se que o cuidado guiado por esse referencial teórico, compreende a criança em sua subjetividade e individualidade, indo ao encontro de uma prática humanizada.

A pesquisa possibilitou a adaptação dos instrumentos propostos por Ferland (2006) às necessidades da população pediátrica hospitalizada para a realização do TCTH. Sugere-se a realização de novos estudos que conduzam à validação dos instrumentos adaptados do Modelo Lúdico para o cuidado da criança gravemente enferma.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL THERAPY (AOTA). Occupational Therapy practice framework: domain and process. 2. ed. **American Journal of Occupational Therapy**. v. 62, n. 6, p. 625-683, 2008.

ANGELO, T. S.; VIEIRA, M. R. R. Brinquedoteca hospitalar: da teoria à prática. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 17, n. 2, p. 84-90, 2010. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol172/IDO4_%20ABR_JUN_2010.pdf>. Acesso em 10/09/2012.

AUERBACH, D. A. Fanconi Anemia and its diagnosis. **Mutation Research**. v. 31, n. 668, p. 4-10, 2009. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2742943/pdf/nihms98942.pdf>>. Acesso em: 13/10/13.

AZEVEDO, W.; RIBEIRO, M. C. C. Fontes de células-tronco hematopoéticas para transplantes. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 33, n. 4, p. 381-389, 2000. Disponível em: <http://www.fmrp.usp.br/revista/2000/vol33n4/fontes_celulas_tronco.pdf>. Acesso em 26/08/2012.

AZEVÊDO, A. V. S. O brincar da criança com câncer no hospital: análise da produção científica. **Estudos de Psicologia**. v. 28, n. 4, p. 565-572, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v28n4/15.pdf>>. Acesso em: 10/10/2012.

BEE, H; BOYD, D. **A criança em desenvolvimento**. Tradução Cristina Monteiro. 12. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. Rio de Janeiro: Vozes, 1999.

BORTOLOTE, G. S.; BRÊTAS, J. R. S. O ambiente estimulador ao desenvolvimento da criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 42, n. 3, p. 422-429, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a01.pdf>>. Acesso em: 10/10/2012.

BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Hemovigilância**: manual técnico para investigação das reações transfusionais imediatas e tardias não infecciosas. Brasília: Anvisa, 2007. Disponível em:

<http://portal.anvisa.gov.br/wps/wcm/connect/17386000474581698db3dd3fbc4c6735/manual_tecnico_hemovigilancia_08112007.pdf?MOD=AJPERES> Acesso em: 20/11/2013.

BRASIL. Ministério da educação. **Hospitais Universitários**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=12267&Itemid=512>. Acesso em: 19/11/2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução 196/1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996. Disponível em: <<http://www.cometica.ufpr.br/196.htm>>. Acesso em: 13/07/2012.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 8069/1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília: Casa Civil, 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8069.htm>. Acesso em: 18/07/2012.

BUENO, K.M.P. Os processos sociais de constituição das habilidades humanas. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. v. 13, n. 1, p. 9-14, 2007.

BUNDY, A. C. et al. Playful interaction: occupational therapy for all children in the school playground. **The American Journal of Occupational Therapy**. v. 62, n. 5, 2008. Disponível em: <<http://ajot.aotapress.net/content/62/5/522.full.pdf>>. Acesso em: 10/09/2012.

CASTRO, D. P. *et al.* Brincar como instrumento terapêutico. **Pediatria São Paulo**. v. 32, n. 4, p. 246-254, 2010. Disponível em: <<http://www.pediatriasaopaulo.usp.br/upload/pdf/1360.pdf>>. Acesso em 03/09/2012.

CIF-CJ. **Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde**: versão para crianças e jovens. Tradução Centro colaborador da OMS para a família de classificações internacionais em português. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2011.

COYNE, I. Children's experiences of hospitalization. **Journal of Child Health Care**. v. 10, n. 4, p. 326-336, 2006. Disponível em: <<http://chc.sagepub.com/content/10/4/326.full.pdf>>. Acesso em 02/09/2012.

COLE, M.; COLE, S. R. **O desenvolvimento da criança e do adolescente**. Tradução Magda França Lopes. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

CURCIOLI, A. C. J. V.; CARVALHO, E. C. Infusão de células-tronco hematopoéticas: tipos, características, reações adversas e transfusionais e implicações para a enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, n. 4, 9p., 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_09.pdf>. Acesso em: 20/11/2013.

DE CARLO, M.M.R.P.; BARTALOTTI, C.C.; PALM, R.C.M. A terapia ocupacional em reabilitação física e contextos hospitalares: fundamentos para a prática. In: DE CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca; 2004. p. 3-28.

DEMO, P. **Pesquisa**: princípio científico e educativo. São Paulo: Cortez, 2006.

DEMO, P. **Pesquisa e construção do conhecimento**. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 2009.

EKRA, E. M. R.; GJENGEDAL, E. Being hospitalized with a newly diagnosed chronic illness: a phenomenological study of children's lifeworld in the hospital. **International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being**, v. 7, 2012. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v7i0.18694>>. Acesso em: 03/09/2012.

FERLAND, F. **O Modelo lúdico**: o brincar, a criança com deficiência física e a Terapia Ocupacional. Tradução Maria Madalena Moraes Sant'Anna. 3. ed. São Paulo: Roca, 2006.

FLAVELL, J. H. **A psicologia do desenvolvimento de Jean Piaget**. Tradução Maria Helena Souza Patto. São Paulo: Livraria Pioneira, 1975.

FLOREY, L.; GREENE, S. Play in middle childhood. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **Play in occupational therapy for children**. 2. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008. p. 279-299.

FLOREY, L. Studies of play: implications for growth, development, and for clinical practice. **The American Journal of occupational Therapy**. v. 35, n. 8, p. 519-524, 1981. Disponível em: <<http://ajot.aotapress.net/content/35/8/519.full.pdf+html>>. Acesso em: 10/09/2012.

FONTES, C. M. B. *et al.* Utilização do brinquedo terapêutico na assistência à criança hospitalizada. **Revista Brasileira de Educação Especial**. v. 16, n. 1, p. 95-106, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbee/v16n1/08.pdf>>. Acesso em: 12/12/2012.

FRANCISCHINELLI, A. G. B.; ALMEIDA, F. A.; FERNANDES, D. M. O. Uso rotineiro do brinquedo terapêutico na assistência a crianças hospitalizadas: percepção de enfermeiros. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 25, n. 1, p. 18-23, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v25n1/v25n1a04.pdf>>. Acesso em 20/11/2013.

GIARDINETTO, A. R. S. B. *et al.* A importância da atuação da terapia ocupacional com a população infantil hospitalizada: a visão de profissionais da área da saúde. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**. v. 17, n. 1, p. 63-69, 2009. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/view/File/119/77>>. Acesso em: 30/08/2012.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GONDIM, F. M.; GOMES, I. P.; FIRMINO, F. Prevenção e tratamento da mucosite oral. **Revista de Enfermagem da UERJ**. v. 18, n. 1, p. 67-74, 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n1/v18n1a12.pdf>>. Acesso em: 20/11/2013.

GUITARD, P.; FERLAND, F.; DUTIL, E. L'importance de l'attitude ludique en ergothérapie avec une clientele adulte. **Canadian Journal of Occupational Therapy**. v. 73, n. 5, p. 281-294, 2006.

HOLANDA, E. R.; COLLET, N. Escolarização da criança hospitalizada sob a ótica da família. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 21, n. 1, p. 34-42, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v21n1/a04v21n1.pdf>>. Acesso em: 05/11/13.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Apresentação**. 2013. Disponível em: <http://www.hc.ufpr.br/?q=node/2234>. Acesso em 05/11/2013 às 21h33.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. **Unidade de Hematologia, Hemoterapia e Oncologia**. 2013. Disponível em: <<http://www.hc.ufpr.br/?q=node/38>>. Acesso em 05/11/2013.

JANSEN, M. F.; SANTOS, R. M.; FAVERO, L. Benefícios da utilização do brinquedo durante o cuidado de enfermagem prestado à criança hospitalizada. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 31, n. 2, p. 247-253, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n2/07.pdf>>. Acesso em: 01/09/2012.

JUN-TAI, N. Play in hospital. **Paediatrics and Child Health**. v. 18, n. 5, p. 233-237, 2008.

KIELHOFNER, G. *et al.* A comparison of play behavior in nonhospitalized and hospitalized children. **The American Journal of Occupational Therapy**. v. 37, n. 5, p.305-312, 1983. Disponível em: <<http://ajot.aotapress.net/content/37/5/305.full.pdf>>. Acesso em: 03/09/2012.

KNOX, S. Development and current use of the revised Knox Preschool Scale. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **Play in occupational therapy for children**. 2. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008. p. 55-70

LEMO, L. M. D. *et al.* Vamos cuidar com brinquedos? **Revista Brasileira de Enfermagem**. v. 63, n. 6, p. 950-955, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/13.pdf>>. Acesso em: 11/12/2012.

MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Tradução Cristina Carvalho Boselli. Rio de Janeiro: Record, 1971.

MARINELO, G. S.; JARDIM, D. P. Estratégias lúdicas na assistência ao paciente pediátrico: aplicabilidade ao ambiente cirúrgico. **Revista SOBECC**. v. 18, n. 2, p. 57-66, 2013. Disponível em <<http://www.sobecc.org.br/>>. Acesso em 201/11/2013.

MCGRAVE, C. Hematopoietic stem cells therapeutic applications. In: PELAYO, R. (editor). **Advances in hematopoietic stem cells**. InTech, 2012. p. 347-382.

MEDRADO, E. D. D.; WHITAKER, M. C. O. Experiências de familiares durante a hospitalização de sua criança/adolescente em uma unidade pediátrica. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. v. 12, n. 2, p. 123-130. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol12-n2/Art_4_Experi%C3%Aancias_Evelin.pdf>. Acesso em: 09/11/13.

MERCÊS, N. N. A. **Representações sociais sobre o transplante de células-tronco hematopoéticas e do cuidado de enfermagem**. 215p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

MERCÊS N. N. A.; ERDMANN, A. L. Enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas: produção científica de 1997 a 2007. **Acta Paulista de Enfermagem**. v. 23, n. 2, p. 271-277, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/19.pdf>>. Acesso em: 26/08/2012.

MITRE, R. M. A.; GOMES, R. A perspectiva dos profissionais de saúde sobre a promoção do brincar em hospitais. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n. 5, p. 1277-

1284, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n5/19.pdf>. Acesso em: 06/09/2012.

MINAYO, M. C. S. (org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 32.ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2012.

MORAIS, G. S. N.; COSTA, S. F. G. Experiência existencial de mães de crianças hospitalizadas em Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43, n. 3, p. 639-646, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n3/a20v43n3>. Acesso em: 09/11/13.

MUÑOZ, M. B.; OLIVEIRA, J.P. O escolar hospitalizado e suas implicações para a saúde e educação. **Revista Salus-Guarapuava**. v. 1, n. 1, p. 65-74, 2007. Disponível em: <http://revistas.unicentro.br/index.php/salus/article/viewFile/673/783>. Acesso em: 05/11/13.

NÓBREGA, R. D. *et al.* Criança em idade escolar hospitalizada: significado da condição crônica. **Texto e Contexto Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 425-433, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a03v19n3.pdf>. Acesso em 05/11/13.

OLIVEIRA, A. I.; PAIXÃO, G. M.; CAVALCANTE, M. V. C. Brinquedos adaptados para crianças com paralisia cerebral. **Revista do Nufen**. v. 1, n.1, p. 171-186, 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rnufen/v1n1/a12.pdf>. Acesso em: 30/08/2012.

OLIVEIRA, L. D. B. *et al.* A brinquedoteca hospitalar como fator de promoção no desenvolvimento infantil: relato de experiência. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**. v. 19, n. 2, p. 306-312, 2009. Disponível em: <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rbcdh/v19n2/11.pdf>. Acesso em: 01/09/2012.

OLIVEIRA-CARDOSO *et al.* Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea (TMO): um estudo prospectivo. **Psicologia: teoria e pesquisa**. v. 25, n. 4, p. 621-628, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v25n4/a18v25n4.pdf>. Acesso em: 28/08/2012.

ORTEGA, E. T. T. *et al.* Complicações agudas do TCTH. In: ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas: rotinas e procedimentos em cuidados especiais e em complicações**. Curitiba: Maio, 2004. p. 195-226.

ORTEGA, E. T.T.; STELMATCHUK, A. M.; CRISTOFF, C. Assistência de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas: In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R.; ORTEGA, E. T. T. **Transplante de células-tronco hematopoéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. cap. 37.

PACCIULIO, A. M. **Estratégias de enfrentamento do tratamento quimioterápico na perspectiva de crianças com câncer hospitalizadas**. 120p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Programa de Pós Graduação da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2012.

PARHAM, L. D. A. Play and occupational therapy. In: PARHAM, L. D.; FAZIO, L. S. **Play in occupational therapy for children**. 2. ed. St. Louis: Mosby Elsevier, 2008. p. 3-39.

PASQUALI, L. Medidas escalares. In: PASQUALI, L. (Org.). **Teoria e métodos de medida em ciência do comportamento**. Brasília: INEP, 1996. p. 117-139.

PASQUALI, L. Psicometria. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. v. 43 (n. esp), p. 992-999, 2009. Disponível em: <www.revistas.usp.br/reeusp/article/download/40416/43399>. Acesso em: 15/11/2013.

PASQUALI, L. **Psicometria: teoria dos testes na psicologia e na educação**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

PASQUINI, R. Transplante de células-tronco hematopoéticas para as anemias aplásticas adquiridas e constitucionais. In: VOLTARELLI, J. C.; PASQUINI, R.; ORTEGA, E. T.T. **Transplante de células-tronco hematopoéticas**. São Paulo: Atheneu, 2009. p. 233-257.

PAULA, S. R.; MARQUES, S. M. A brinquedoteca e as perspectivas das mães de crianças hospitalizadas. **Boletim da Academia Paulista de Psicologia**. v. 31, n. 81, p. 485-495, 2011. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/946/94622764015.pdf>>. Acesso em: 09/11/2013.

PENGO, M.M.S.B.; SANTOS, W.A. O papel do terapeuta ocupacional em oncologia. In: DE CARLO M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. **Terapia Ocupacional: reabilitação física e contextos hospitalares**. São Paulo: Roca, 2004. p. 233-255.

PFEIFER, L. I.; MITRE, R. M. A. Terapia ocupacional, dor e cuidados paliativos na atenção à infância. In: DE CARLO, M. M. R. P.; QUEIROZ, M. E. G. **Dor e cuidados paliativos: terapia ocupacional e interdisciplinaridade**. São Paulo: Roca, 2007.

PFEIFER, L. I.; ROMBE, P. G.; SANTOS, J. L. F. A influência socioeconômica e cultural no brincar de pré-escolares. **Paideia**. v. 19, n. 43, p. 249-255, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/paideia/v19n43/12.pdf>>. Acesso em: 07/09/2012.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**: imitação, jogo e sonho, imagem e representação. Tradução Alvaro Cabral e Christiano Monteiro Oiticica. Rio de Janeiro: Zahar, 1971.

PIAGET, J; INHELDER, B. **A psicologia da criança**. Tradução Octavio Mendes Cajado. Rio de Janeiro: Difel, 2011.

PIAGET, J. **Seis estudos de psicologia**. Tradução Maria Alice Magalhães D'amorim e Paulo Sérgio Lima Silva. 25. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

PINHO, A. P. *et al.* Mucosite no paciente em tratamento de câncer. **Science in health**. v. 1, n.3, 2010. Disponível em: <http://www.unicid.br/new/revista_scienceinhealth/03_set_dez_2010/science_145_60.pdf>. Acesso em: 20/11/2013.

PRIMEAU, L. A. Play and leisure. In: CREPEAU, E. B.; COHN, E. S.; SCHELL, B. A. B. (editors). **Willard & Spackman's occupational therapy**. Philadelphia: Lippincott William & Wilkins, 2009.

REZENDE, M. O brincar sob a perspectiva da terapia ocupacional. In: CARVALHO, A. et al. (orgs.). **Brincar (es)**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2009. p. 51-63.

RIGBY, P.; HUGGINS, L. Enabling children to play by creating supportive play environments. In: LETTS, L.; RIGBY, P.; STUART, D. (editors). **Using environment to enable occupational performance**. Danvers: SLACK Incorporated, 2003.

ROSSETTI, C. B.; SOUZA, M. T. C. C. Preferência lúdica de uma amostra de crianças e adolescentes da cidade de Vitória. **Psicologia: teoria e prática**. v. 7, n. 2, p. 87-114, 2005. Disponível em: <pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v7n2a04.pdf>. Acesso em 21/11/13.

SANT'ANNA *et al.* Adaptação transcultural dos protocolos de avaliação do Modelo Lúdico. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**. v. 19, n. 1, p. 34-47, 2008. Disponível em: <<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/rto/v19n1/06.pdf>>. Acesso em: 30/07/2012.

SANTOS, C. A.; MARQUES, E. M.; PFEIFER, L. I. A brinquedoteca sob a visão da terapia ocupacional: diferentes contextos. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCAR**. v. 14, n. 2, p. 91-102, 2006. Disponível em: <<http://www.cadernosdeterapiaocupacional.ufscar.br/index.php/cadernos/article/viewFile/158/114>>. Acesso em: 08/09/2012.

SAUNDERS, I.; SAYER, M.; GOODALE, A. The relationship between playfulness and coping in preschool children: a pilot study. **The American Journal of Occupational Therapy**. v. 53, n. 2, p. 221-226. Disponível em: <<http://ajot.aotapress.net/content/53/2/221.full.pdf>>. Acesso em: 12/12/2012.

SILVA, R. C. C. *et al.* Sentimentos das mães durante a hospitalização dos filhos: estudo qualitativo. **Revista da Sociedade Brasileira de Enfermagem Pediátrica**. v. 10, n. 1, p. 23-30, 2010. Disponível em: <http://www.sobep.org.br/revista/images/stories/pdf-revista/vol10-n1/v.10_n.1-art3.pesq-sentimentos-das-maes-durante-hospitalizacao.pdf>. Acesso em: 09/11/13.

SOUZA, L. P. S. *et al.* O brinquedo terapêutico e o lúdico na visão da equipe de enfermagem. **Journal of Health Sciences Institute**. v. 30, n. 4, p. 354-358, 2012. Disponível em: <http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2012/04_out-dez/V30_n4_2012_p354a358.pdf>. Acesso em: 20/11/2013.

STELMATCUK, A. *et al.* Princípios do transplante de células-tronco hematopoéticas. In: ORTEGA, E. T. T. *et al.* **Compêndio de enfermagem em transplante de células-tronco hematopoéticas**: rotinas e procedimentos em cuidados especiais e em complicações. Curitiba: Maio, 2004. p. 39-68.

TAHMORES, A. H. Role of play in social skills and intelligence of children. **Procedia - Social and Behavioral Sciences**. v. 30, p. 2272-2279, 2011. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1877042811022695>>. Acesso em: 21/11/13.

TAKATORI, M.; OSHIRO, M.; OTASHIMA, C. O hospital e a assistência em terapia ocupacional com a população infantil. In: DE CARLO, M.M.R.P.; LUZO, M.C.M. **Terapia Ocupacional**: reabilitação física e contextos hospitalares. São Paulo: Roca; 2004. p. 257-275.

VASQUES, R. C. Y.; BOUSSO, R. S.; MENDES-CASTILHO, A. M. C. A experiência de sofrimento: histórias narradas pela criança hospitalizada. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 122-129, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/17.pdf>>. Acesso em 27/08/2012.

ZAGUINI, C. G. S. *et al.* Avaliação do comportamento lúdico da criança com paralisia cerebral e da percepção de seus cuidadores. **Acta Fisiátrica**. v. 18, n. 4, p. 187-191, 2011. Disponível em: < http://www.actafisiatrica.org.br/detalhe_artigo.asp?id=13>. Acesso em: 18/10/13.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde**: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Rio de Janeiro: Vozes, 2004.

WINNICOTT, D. W. **O brincar e a realidade**. Tradução José Octávio de Aguiar Abreu e Vanede Nobre. Rio de Janeiro: Imago, 1971.

APÊNDICES

APÊNDICE 1 –	FICHA DE IDENTIFICAÇÃO	107
APÊNDICE 2 –	ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS SOBRE O COMPORTAMENTO LÚDICO DA CRIANÇA	108
APÊNDICE 3 –	AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO.....	112
APÊNDICE 4 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO	115
APÊNDICE 5 –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Participação da criança)	117
APÊNDICE 6 –	TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Participação do familiar ou responsável legal)	120
APÊNDICE 7 –	TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM	123
APÊNDICE 8 –	LISTA DE MATERIAIS LÚDICOS.....	124

APÊNDICE 1

FICHA DE IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICIPANTES	
Códigos de Identificação:	
CRIANÇA:	
PAI:	
MÃE:	
PROCEDÊNCIA:	
ENDEREÇO:	
CEP:	TELEFONE:
RELIGIÃO:	
ESCOLARIDADE:	
DIAGNÓSTICO:	
CONDICIONAMENTO:	
IMUNOPROFILAXIA:	
DATA DA INTERNAÇÃO:	
DATA DA ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS:	
DATA DA AVALIAÇÃO DA CRIANÇA:	
DATA DO TCTH:	
DATA DA ALTA:	
FAMILIAR / RESPONSÁVEL LEGAL:	
DATA DE NASCIMENTO:	
GRAU DE PARENTESCO:	
ESCOLARIDADE:	
TEMPO DE ACOMPANHAMENTO DA CRIANÇA:	

APÊNDICE 2

ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS SOBRE O COMPORTAMENTO LÚDICO DA CRIANÇA			
Adaptado de Ferland, Versão 2 (2006)			
Nome da Criança:			Idade:
Irmãos:	Nome:	Idade:	
Irmãs:	Nome:	Idade:	
Entrevistado:			
Avaliador:		Data:	Duração da entrevista:
1. No que seu filho presta mais atenção?	Especifique		
Elementos visuais			
() Livros de imagens			
() Cores vivas			
Elementos auditivos			
() História			
() Canções			
() Música			
Elementos sociais			
() Presença de outras crianças			
() Presença de um adulto conhecido			
Outros			
() Personagens			
() Situações engraçadas			
() Presença de um animal			
() Programas de televisão			
Atividades particulares			
2.A. Como seu filho se expressa?			
0 (nenhuma expressão); 1(expressão do rosto); 2 (gestos); 3 (sons/gritos); 4 (palavras/frases); n.s. (não sei)			

Necessidades	0	1	2	3	4	n.s.	Comentários			
Fisiológicas										
De atenção										
De segurança										
Interesses										
Sentimentos										
Prazer										
Desprazer										
Tristeza										
Raiva										
Medo										
2.B. Em geral, como você se comunica com seu filho?										
() Expressão do rosto										
() Demonstrações, gestos										
() Palavras										
() Explicações verbais										
() Códigos de comunicação particulares (especifique)										
3. Brinquedos										
1 (sim); 2 (não); n.d. (não disponível)										
Seu filho brinca com:		1	2	n.d.	Especifique					
Estímulos sonoros										
Estímulos visuais										
Estímulos para imitar situações frequentes										
Estímulos para a imaginação										
Estímulos para a locomoção										
Estímulos para interação com os outros										
4. Características do brinquedo										
1 (sim); 2 (não); n.s. (não sei)										
Seu filho gosta das seguintes atividades?		1	2	n.s.	Especifique					

Repetir o mesmo jogo para melhor dominá-lo				
Brincar com brinquedos novos				
Ir a lugares novos				
Brincar nos espaços externos da casa				
Seu filho consegue:				
Utilizar um brinquedo de maneira convencional				
Imaginar novas maneiras de utilizar um brinquedo				
5. Resumo dos interesses da criança				
Qual é a atividade preferida dela?				
Qual é a atividade de que ela menos gosta?				
Onde ela mais gosta de brincar?				
Qual é o brinquedo favorito dela?				
Em qual horário ela sente-se mais disposta para brincar?				
6. Parceiros habituais e preferidos da brincadeira				
Parceiros habituais	Atividades			
() Mãe				
() Pai				
() Irmãos				
() Outros				
Parceiros preferidos				
() Mãe				
() Pai				
() Irmãos				
() Outros				
7. Maneiras de brincar				
0 (não); 1 (ocasionalmente); 2 (sempre)				
Você diria que seu filho	0	1	2	Ele é estimulado pela família?
É curioso				
Tem iniciativa				

Tem senso de humor				
Tem prazer				
Gosta de desafios				
É espontâneo				
É criativo				
Brinca sozinho				
Brincaria mesmo sentindo dor / incômodo				
Brincaria em ambientes adversos				
Você tem especificações ou comentários a acrescentar referentes às atividades do brincar do seu filho, seus interesses e suas reações?				
Rotina da criança				
	Manhã	Tarde		Noite
Domingo				
Segunda				
Terça				
Quarta				
Quinta				
Sexta				
Sábado				

APÊNDICE 3

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO					
Adaptado de Ferland, Versão 2 (2006)					
Nome da criança:				Código de Identificação:	
Avaliador (a):				Data da avaliação:	
Pessoas presentes na avaliação:					
Inteferências durante a avaliação:				Duração da avaliação:	
Condições físicas da criança:					
Interesse geral da criança					
0 (nenhum interesse manifestado); 1 (interesse médio); 2 (interesse acentuado); n.o. (não observado)					
	Interesse				Especifique
Pelas outras pessoas	0	1	2	n.o.	
Presença de um adulto					
Ação de um adulto					
Interação não verbal com o adulto					
Interação verbal com o adulto					
Presença de outras crianças					
Ação das outras crianças					
Interação não verbal com a outra criança					
Interação verbal com a outra criança					
Pelo ambiente sensorial					
Elementos visuais (luz, cor)					
Elementos táteis (textura, calor)					
Elementos vestibulares (balanço)					
Elementos auditivos (música, outros sons)					
Elementos olfativos (odores, aromas)					
Interesses e capacidades lúdicas básicas					
Interesses:					

0 (nenhum interesse manifestado); 1 (interesse médio); 2 (interesse acentuado); n.o. (não observado)

Capacidades:

0 (a criança não faz a atividade sozinha)

1 (a criança necessita de estímulo / auxílio para realizar a atividade)

2 (a criança faz a atividade sozinha e com eficácia)

Ação	Interesse				Capacidade				Comentários
	0	1	2	n.o.	0	1	2	n.o.	
Em relação aos objetos									
Aproxima-se do objeto									
Pega o objeto									
Manipula o objeto									
Em relação ao espaço									
Explora visualmente									
Utilização dos objetos									
Explora propriedades									
Explora o funcionamento									
Utiliza de maneira convencional									
Utiliza de maneira não convencional									
Imagina situação de brincadeira									
Acha soluções para dificuldades imprevistas									
Expressa sentimentos/necessidades									
Interage com os outros durante a brincadeira									
Utilização do espaço									
Explora fisicamente									
Desloca-se									
Características da atitude lúdica									
0 (ausente); 1 (ocasional); 2 (completamente presente)									
Cracterísticas	0	1	2	Especifique					
Curiosidade									
Iniciativa									
Senso de humor									
Prazer									

Gosto pelo desafio						
Espontaneidade						
Expressão das necessidades e sentimentos						
1 (expressão do rosto); 2 (gestos); 3 (gritos/sons); 4(palavras/frases); n.o. (não observado)						
Necessidades	1	2	3	4	n.o.	Especifique
Fisiológicas						
De atenção						
De segurança						
Sentimentos						
Prazer						
Desprazer						
Tristeza						
Raiva						
Medo						
Dor						
Dúvida						
Vontades						
Objetivos a atingir						

APÊNDICE 5

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Participação da criança)

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Cuidar de Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional.

Pesquisador Responsável: Profª Dra. Nen Nalú Alves das Mercês, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Telefone para contato: (0xx) 41 9961-4408 **E-mail:** nennalu@ufpr.br

Mestranda: Dayane Regina dos Santos, do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (0xx) 41 8406-6882 **E-mail:** dayterapeuta@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: Av. General Carneiro, 181 - Curitiba - PR Tel: (0XX) 41 3360-1896 E-mail: cep@hc.ufpr.br

INFORMAÇÕES SOBRE O PARTICIPANTE DO ESTUDO (Familiar ou Responsável legal da criança que participará do estudo)

Eu: _____

DN: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Profissão: _____ CPF: _____

Identidade: nº : _____ Órgão Emissor: _____ Estado: _____

Endereço: AV/R: _____ nº _____

Apto: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Tel/Cel: _____

Nós, **Nen Nalú Alves das Mercês**, enfermeira e pedagoga, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e **Dayane Regina dos Santos**, terapeuta ocupacional e mestranda em Enfermagem, estamos convidando o(a) seu filh(a) a participar de um estudo intitulado “**Cuidar de Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional**”. O(a) senhor(a) foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada: *Cuidar de Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz do*

Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional. O(a) senhor(a) foi plenamente esclarecido de que seu filho(a) será submetido a uma pesquisa com o objetivo de verificar a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida a transplante de medula óssea. O Modelo Lúdico propõe a utilização sistemática do brincar durante o processo de tratamento da criança, entendendo que há uma relação entre o comportamento do brincar e a capacidade de agir da criança em seu cotidiano. Assim, seu filho (a) será convidado a participar de atividades como jogos e brincadeiras durante o período de hospitalização e será observado quanto à sua disposição para brincar.

Caso o(a) senhor(a) aceite que seu filho(a) participe da pesquisa, será necessário submeter-se a uma entrevista inicial, realizada pela mestrande Dayane Regina dos Santos em local, reservado e que preserve sua privacidade, e data pré-determinados, para o relato de informações a respeito das preferências lúdicas de seu filho(a) que servirão para personalizar a terapia e maximizar seus efeitos,.

O(a) senhor(a) foi informado de como se desenvolverá a pesquisa, sendo que seu filho(a) participará das atividades propostas pela mestrande em local adequado, na Unidade de Internação do Serviço de Transplante de Medula Óssea. Serão realizadas atividades com brinquedos, jogos e brincadeiras, de acordo com a faixa etária da criança e interesses manifestados pela mesma na avaliação. A identificação de seu filho(a) será através do código de identificação: C (criança) X (número em algarismos arábicos em ordem crescente dos sujeitos pesquisados) F ou M (gênero) N (corresponde a idade em anos). Exemplo: C1M9.

O(a) senhor(a) foi informado que as atividades serão propostas e observadas pela mestrande, para posterior anotação em diário de campo, respeitando-se completamente o seu anonimato e de seu filho(a). Tão logo transcrito os dados coletados das atividades realizadas e encerrada a pesquisa o conteúdo será arquivado impresso em fichários e em material eletrônico (pen-drive) por um período de cinco anos.

Concordando em participar o(a) Sr(a) e seu filho(a) se encontrarão, com a mestrande Dayane Regina dos Santos, no quarto em que seu filho(a) estiver internado no Serviço de Transplante de Medula Óssea, em data e horário pré-estabelecidos com o(a) senhor(a). As atividades ocorrerão três vezes por semana, no período da tarde e terão duração de até 40 minutos. O seu filho(a) participará da pesquisa, através das atividades que serão realizadas, sendo que participará apenas se desejar e terá liberdade para questionar a mestrande Dayane Regina dos Santos. O(a) senhor(a) foi informado que se manterá o anonimato do Sr (a) e de seu filho(a), quanto a identidade e as informações obtidas serão confidenciais.

O(a) senhor(a) foi informado que durante as atividades seu filho(a) poderá vir a: chorar, recusar-se a participar, solicitar a participação do Sr(a)., incomodar-se inicialmente com a presença da mestrande, e, que se ocorrer, será respeitado a expressão das emoções de seu

filho(a) e encerrada a atividade, ou transferida em comum acordo com o(a) senhor (a) e seu filho(a) se for necessário.

Pelo fato desta pesquisa ter única e exclusivamente interesse científico, a mesma foi aceita espontaneamente pelo(a) senhor(a), que no entanto, poderá desistir a qualquer momento da mesma, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar, de maneira que achar mais conveniente, que seu filho(a) não participará da pesquisa e poderá solicitar a devolução do termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Por ser voluntária e sem interesse financeiro o(a) senhor (a) e seu filho(a) não terão direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos e prejuízos de qualquer natureza. Os dados referentes ao seu filho(a) serão sigilosos e privados, e a divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos pela pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com os dados das demais crianças, que participarão da pesquisa, sendo que o(a) senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases desta pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Serão respeitados todos os princípios éticos determinados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei que meu filho(a) venha participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper a participação de meu filho(a) a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o acompanhamento e tratamento de meu filho(a) no Serviço de Transplante de Medula Óssea.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Familiar e/ou responsável legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste familiar e/ ou representante legal para a participação de seu filho(a) neste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Terapeuta Ocupacional Dayane Regina dos Santos
Mestranda em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná

APÊNDICE 6

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Participação do familiar ou responsável legal)

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:

Título do Projeto: Cuidar de Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional.

Pesquisador Responsável: Profª Dra. Nen Nalú Alves das Mercês, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná.

Telefone para contato: (0xx) 41 9961-4408 **E-mail:** nennalu@ufpr.br

Mestranda: Dayane Regina dos Santos, do Curso de Mestrado em Enfermagem.

Telefone para contato: (0xx) 41 8406-6882 **E-mail:** dayterapeuta@gmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná: Av. General Carneiro, 181 - Curitiba - PR Tel: (0XX) 41 3360-1896 E-mail: cep@hc.ufpr.br

INFORMAÇÕES SOBRE O PARTICIPANTE DO ESTUDO (Familiar ou Responsável legal que participará do estudo)

Eu: _____

DN: _____ Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Profissão: _____ CPF: _____

Identidade: nº : _____ Órgão Emissor: _____ Estado: _____

Endereço: AV/R: _____ nº _____

Apto: _____ Bairro: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Tel/Cel: _____

Nós, **Nen Nalú Alves das Mercês**, enfermeira e pedagoga, professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná e **Dayane Regina dos Santos**, terapeuta ocupacional e mestranda em Enfermagem, estamos convidando o (a) Sr. (a) a participar de um estudo intitulado “**Cuidar de Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional**”. O(a) senhor(a) foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada: *Cuidar de Crianças*

submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional.

O(a) senhor(a) foi plenamente esclarecido de que seu filho(a) será submetido a uma pesquisa com o objetivo de verificar a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida a transplante de medula óssea. O Modelo Lúdico propõe a utilização sistemática do brincar durante o processo de tratamento da criança, entendendo que há uma relação entre o comportamento do brincar e a capacidade de agir da criança em seu cotidiano. Assim, seu filho (a) será convidado a participar de atividades como jogos e brincadeiras durante o período da hospitalização e será observado quanto à sua disposição para brincar.

Caso o(a) senhor(a) aceite participar da pesquisa, será necessário submeter-se a uma entrevista inicial, realizada pela mestrande Dayane Regina dos Santos, em ambiente reservado que preserve sua privacidade e em data e local pré-determinados, para o relato de informações a respeito das preferências de seu filho(a), em relação a jogos, brincadeiras e lazer, que servirão para personalizar a terapia e maximizar seus efeitos.

Pelo fato desta pesquisa ter única e exclusivamente interesse científico, a mesma foi aceita espontaneamente pelo(a) senhor(a), que no entanto, poderá desistir a qualquer momento da mesma, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso informar, de maneira que achar mais conveniente, que não participará da pesquisa e poderá solicitar a devolução do termo de consentimento livre e esclarecido assinado. Por ser voluntária e sem interesse financeiro o(a) senhor (a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em riscos e prejuízos de qualquer natureza. Os dados referentes ao Sr. (a) e seu filho(a) serão sigilosos e privados, e a divulgação dos resultados visará apenas mostrar os possíveis benefícios obtidos pela pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima e em conjunto com os dados das demais crianças, que participarão da pesquisa, sendo que o(a) senhor(a) poderá solicitar informações durante todas as fases desta pesquisa, inclusive após a publicação da mesma. Serão respeitados todos os princípios éticos determinados na Resolução 196/96, do Conselho Nacional de Pesquisa em Seres Humanos.

Eu, _____ li esse termo de consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei que meu filho(a) venha participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper a participação de meu filho(a) a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem que esta decisão afete o acompanhamento e tratamento de meu filho(a) no Serviço de Transplante de Medula Óssea.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Assinatura do Familiar e/ou responsável legal

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste familiar e/ ou representante legal para a participação de seu filho(a) neste estudo.

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Terapeuta Ocupacional Dayane Regina dos Santos

APÊNDICE 7

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE USO DE IMAGEM

Eu _____, CPF _____,
 RG _____, depois de conhecer e entender os objetivos, procedimentos
 metodológicos, riscos e benefícios da pesquisa, bem como de estar ciente da
 necessidade do uso da imagem de meu filho (a)
 _____,

especificados no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), AUTORIZO,
 através do presente termo, as pesquisadoras **Dayane Regina dos Santos** e **Nen Nalú
 Alves das Mercês**, responsáveis pelo do projeto de pesquisa intitulado “**Cuidar de
 Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas à luz
 do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional**” a realizar as
 filmagens que se façam necessárias.

Ao mesmo tempo, libero a utilização destas imagens para fins científicos e de estudos
 (livros, artigos, slides), em favor das pesquisadoras da pesquisa, acima especificadas,
 obedecendo ao que está previsto nas Leis que resguardam os direitos das crianças e
 adolescentes (Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei N.º 8.069/ 1990).

Curitiba, ____ de _____ de 201__.

Pesquisadora responsável pelo projeto

Responsável Legal

APÊNDICE 8

LISTA DE MATERIAIS LÚDICOS

Jogos e Brinquedos	Itens para Atividades Artísticas e Expressivas
Animais de plástico / borracha Blocos de encaixe Lego® (diversos tamanhos) Blocos para montar Brincando de Engenheiro® Bonecas (Barbie®, Polly®, bebês) Bonecos de personagens diversos (filmes, desenhos animados, super heróis) Brinquedos educativos (estímulos visuais e sonoros diversos) Carrinhos (diversas cores e tamanhos) <i>Kit Cozinha</i> (mini fogão, panelas, pratos...) <i>Kit Médico</i> (mini seringas, curativos, estetoscópio...) <i>Kit Construtor</i> (mini ferramentas) Jogos de Baralho, Dama, Dominó e Xadrez Jogo Uno® Jogo Lince® (Turma da Mônica e Super Heróis) Jogo Floresta Encantada® Jogo quebra Gelo® Mini games <i>Mr. Potato Head®</i> Quebra cabeça (motivos diversos: 24,36,48,60,80,100 e 150 peças) Videogame <i>Play Station® 2</i>	Folhas de papel sulfite brancas e coloridas Desenhos de personagens diversos para colorir Lápis de cor Lápis preto (de escrever) Tintas guache e PVA Giz de cera Canetas hidrográficas Apontadores Borrachas brancas escolares Pincéis Tesoura sem ponta Cola branca Massinha de modelar Miçangas (diversas cores e tamanhos) Fio de <i>nylon</i> e fio de silicone

ANEXOS

ANEXO 1 –	ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS SOBRE O COMPORTAMENTO LÚDICO DA CRIANÇA	126
ANEXO 2 –	AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO	130
ANEXO 3 –	EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO	134
ANEXO 4 –	APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	135
ANEXO 5 –	AUTORIZAÇÃO PARA A UTILIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO MODELO LÚDICO	137

ANEXO 1

ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS SOBRE O COMPORTAMENTO LÚDICO DE SEUS FILHOS (FERLAND, 2006)

Anexo 3

ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS SOBRE O COMPORTAMENTO LÚDICO DE SEUS FILHOS

Protocolo de Avaliação e Procedimentos de Aplicação

ENTREVISTA INICIAL COM OS PAIS SOBRE O COMPORTAMENTO
LÚDICO DA CRIANÇA (FERLAND, VERSÃO 2)

Nome da criança:

Sexo	M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>
Irmãos	Nome:	Idade:
Irmãs	Nome:	Idade:

Frequenteando escola: Sim ☐ Não ☐
(especificar)

Origem étnica:

Idade da criança	Ano	Mês	Dia
Data da avaliação			
Data de nascimento			
Idade da criança			

Entrevistado	Mãe <input type="checkbox"/>	Pai <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> Especifique:
Avaliador:			
Duração da entrevista:			

85-7241-636-6

1. No que seu Filho Presta Particularmente Atenção?

	Assinalar	Especifique
Elementos visuais	<input type="checkbox"/>	
• Livros de imagens	<input type="checkbox"/>	
• Cores vivas	<input type="checkbox"/>	
Elementos auditivos		
• História	<input type="checkbox"/>	
• Canções	<input type="checkbox"/>	
• Música	<input type="checkbox"/>	
• Altura da voz	<input type="checkbox"/>	
Elementos táteis		
• Contatos físicos	<input type="checkbox"/>	
Elementos sociais		
• Presença de outras crianças	<input type="checkbox"/>	
• Presença de um adulto conhecido	<input type="checkbox"/>	
Outros		
• Personagens	<input type="checkbox"/>	
• Situações cômicas	<input type="checkbox"/>	
• Presença de um animal	<input type="checkbox"/>	
• Atividades particulares (esvaziar um armário, abrir portas)	<input type="checkbox"/>	
• Outros (programa de televisão, luz)	<input type="checkbox"/>	

2.A. Como seu Filho se Expressa?

- 0 = nenhuma expressão
 1 = expressão do rosto
 2 = gestos
 3 = sons/gritos
 4 = palavras / frases
 n.s. = não sei

	Nota	Comentários
Necessidades		
• Fisiológicas		
• De atenção		
• De segurança		
Interesses		
Sentimentos		
• Prazer		
• Desprazer		
• Tristeza		
• Raiva		
• Medo		

2.B. Em Geral, como Você Faz para se Comunicar com seu Filho?

• Expressão do rosto	<input type="checkbox"/>
• Demonstrações, gestos	<input type="checkbox"/>
• Palavras	<input type="checkbox"/>
• Explicações verbais	<input type="checkbox"/>
• Códigos de comunicações particulares: (especifique)	

3. Que Tipo de Interesse os Elementos a Seguir Despertam em seu Filho?

- 0 = nenhum interesse
 1 = médio interesse
 2 = interesse acentuado
 n.s. = não sei

3. Que Tipo de Interesse os Elementos a Seguir Despertam em seu Filho?

	Nota	Comentários
A comida		
• Comer		
• Comer alimentos		
– Salgados		
– Doces		
– Pastosos		
– Em pedaços		
– Frios		
– Quentes		
• Provar um novo alimento		
Texturas		
• Macio		
• Rugoso		
Os elementos tais como		
• Neve		
• Areia		
• Água		
• Grama		
Os odores		
Ser tocado		
Ser deslocado ou se deslocar no espaço		
Os sons		

85-7241-636-6

4. Brinquedos

1 = sim
2 = não
n.d. = não disponível

Seu filho brinca com o seguinte material	Nota	Especifique (a natureza do material e se ele é utilizado fora de casa)
• Texturas diferentes		
• Estímulos sonoros		
• Estímulos visuais		
• Estímulos para imitar situações freqüentes		
• Estímulos para a imaginação		
• Estímulos de locomoção		
• Estímulos para interação com os outros		

5. Características do Brinquedo

1: sim
2: não
n.s.: não sei

Seu filho gosta das seguintes atividades?	Nota	Especificar
• Repetir o mesmo jogo para mais bem dominá-lo		
• Brincar com brinquedos novos		
• Ir a novos lugares		
• Brincar explorando os espaços externos da casa		
Seu filho consegue?		
• Utilizar um brinquedo de maneira convencional		
• Imaginar novas maneiras de utilizar um brinquedo		
• Locomover-se por seus próprios meios		

85-7241-636-6

6. Resumo dos Interesses da Criança

Qual é a atividade preferida dela?

Qual é a atividade de que ela menos gosta?

Quais são as posições preferidas para brincar?

7. Parceiros Habituais e Preferidos da Brincadeira

	Assinale	Atividade
Parceiros habituais	<input type="checkbox"/>	
• Mãe	<input type="checkbox"/>	
• Pai	<input type="checkbox"/>	
• Irmãos/irmãs	<input type="checkbox"/>	
• Outros	<input type="checkbox"/>	
Parceiros preferidos	<input type="checkbox"/>	
• Mãe	<input type="checkbox"/>	
• Pai	<input type="checkbox"/>	
• Irmãos/irmãs	<input type="checkbox"/>	
• Outros	<input type="checkbox"/>	

8. Maneiras de Brincar

0 = não

1 = ocasionalmente

2 = sempre

Você diria que seu filho	Nota	Ele é estimulado na família?
		Nota
• É curioso		
• Tem iniciativa		
• Tem senso de humor		
• Tem prazer		
• Gosta de desafios		
• É espontâneo		

Horário Padrão

	Manhã	Tarde	Noite
Segunda			
Terça			
Quarta			
Quinta			
Sexta			
Sábado			

85-7241-636

Você tem especificações ou comentários a acrescentar referentes às atividades do brincar de seu filho, seus interesses, suas reações?

ANEXO 2

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO (FERLAND, 2006)

Anexo 2 _____

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO
LÚDICO

Protocolo de Avaliação e Procedimentos de Aplicação

AVALIAÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO (FERLAND, VERSÃO 2)

Nome da criança: _____

Sexo

M ☐F ☐

Idade	Ano	Mês	Dia
Data da avaliação			
Data de nascimento			
Idade da criança			

Condição física: _____

Modo de deslocamento habitual/adaptações e equipamentos adaptados utilizados: _____

Informações complementares

• Deficiência visual: _____

• Deficiência auditiva: _____

• Dificuldade de comunicação: _____

• Medicação que utiliza: _____

• Outros: _____

Pessoa(s) presente(s) no momento da avaliação:

Duração total da avaliação:

Interferência durante a avaliação:

Nome do terapeuta ocupacional:

Interesse Geral da Criança

Interesse:

0 = nenhum interesse manifestado

1 = interesse médio

2 = interesse acentuado

n.o. = não observado

	Interesse (0 – 2)	Especifique
Pelas outras pessoas		
• Adulto		
– Presença de um adulto		
– Ação de um adulto		
– Interação não verbal do adulto (mímica, carícias)		
– Interação verbal do adulto		
• Outras crianças		
– Presença de outras crianças		
– Ação das outras crianças		
– Interação não-verbal com a criança		
– Interação verbal com a criança		
Pelo ambiente sensorial		
• Elementos visuais (luz, cor)		
• Elementos táteis (textura, calor)		
• Elementos vestibulares (balanço)		
• Elementos auditivos (música, telefone, outros sons)		
• Elementos olfativos (odores, aromas)		

85-7241-636-6

Interesse e Capacidades Lúdicas Básicas

Interesse:

0 = nenhum interesse manifestado

1 = interesse médio

2 = interesse acentuado

n.o. = não observado

Capacidades:

0 = a criança não pode fazer sozinha a atividade

1 = a criança faz a atividade sozinha, mas com dificuldade

2 = a criança faz a atividade sozinha e com eficácia

Ação	Interesse (0 – 2)	Capacidade (0 – 2)	Comentários (maneira de fazer, mão utilizada, dificuldade)
Em relação aos objetos			
• Movimento: apertar/soltar			
• Pegar um objeto			
• Segurar um objeto			
• Bater com um objeto			
• Soltar um objeto			
• Segurar um objeto em cada mão			
Em relação ao espaço			
• Mudar de posição			
– De deitado a sentado e vice-versa			
– De sentado a em pé e vice-versa			
• Manter a posição sentada			
• Deslocar-se			
• Explorar visualmente um novo lugar			

85-7241-636-6

(continua)

Ação (continuação)	Interesse (0 – 2)	Capacidade (0 – 2)	Comentários (maneira de fazer, mão utilizada, dificuldade)
Utilização dos objetos			
• Pegar			
– Um copo			
– Um cubo			
– Uma bolinha			
• Apertar/desapertar			
• Jogar/pegar			
– Uma bola			
– Uma bolinha			
• Empilhar			
• Esvaziar/encher			
• Descobrir as propriedades dos objetos			
• Descobrir o funcionamento dos objetos (relação causa/efeito)			
• Associar os objetos segundo suas propriedades sensoriais			
• Combinar os objetos para jogar			
• Imitar gestos simples			
• Utilizar os objetos de maneira convencional			
• Utilizar os objetos de maneira não convencional			
• Imaginar uma situação de brincadeira			
• Achar soluções para dificuldades imprevistas			

85-7241-636-6

Ação	Interesse (0 – 2)	Capacidade (0 – 2)	Comentários (maneira de fazer, mão utilizada, dificuldade)
• Expressar o sentimento durante a brincadeira			
• Interagir com os outros na brincadeira, com você mesma ou com uma outra criança			
• Utilizar			
– Um lápis			
– Uma tesoura			
– Uma colher			
Utilização do espaço			
• Locomover-se empurrando um brinquedo sobre rodas			
• Locomover-se transportando um objeto			
• Explorar fisicamente um novo lugar			
• Abrir / fechar uma porta			
• Utilizar elevador			

Características da Atitude Lúdica

0 = ausente
1 = ocasional
2 = completamente presente

Características	Atitude Lúdica (0 – 2)	Especifique
• Curiosidade		
• Iniciativa		
• Senso de humor		
• Prazer		
• Gosto pelo desafio		
• Espontaneidade		

85-7241-636-6

Expressão das Necessidades e dos Sentimentos

1 = expressão do rosto
 2 = gestos
 3 = gritos / sons
 4 = palavras / frases
 n.o = não observado

	Expressão (1 – 4)	Especifique
Necessidades		
• Fisiológicas		
• De atenção		
• De segurança		
Sentimentos		
• Prazer		
• Desprazer		
• Tristeza		
• Raiva		
• Medo		

Síntese

Interesses lúdicos

Capacidades lúdicas

Dificuldades lúdicas

Interesses/capacidades?

Interesses/dificuldades?

85-7241-636-6

Síntese dos Resultados

	Interesse geral	Interesse lúdico	Capacidade lúdica	Atitude lúdica	Expressão
Ambiente humano					
• Adulto	/8				
• Criança	/8				
Ambiente sensorial	/10				
Ação					
• Objetos		/2	/12		
• Espaço		/10	/10		
Utilização					
• Dos objetos		/44	/44		
• Do espaço		/10	/10		
Atitude Lúdica				/12	
Expressão					
• Necessidades					/12
• Sentimentos					/20
Total	/26	/66	/76	/12	/32

Objetivos a Atingir

Expressão de suas necessidades e dos seus sentimentos:

Atitude lúdica:

Interesses:

Ambiente humano:

Ambiente sensorial:

Ação relacionada aos objetos:

Utilização dos objetos:

Ação relacionada ao espaço:

Utilização do espaço:

85-7241-636-6

ANEXO 3

EVOLUÇÃO DO COMPORTAMENTO LÚDICO (FERLAND, 2006)

86 – O Modelo Lúdico

Tabela 5.1 – Evolução do comportamento lúdico: atitude e ação

- 1ª. Estimulação e respostas sensoriais.
 2ª. Exploração dos objetos, do espaço e manipulação do material.
 3ª. Atividade lúdica: utilização funcional e não convencional do brinquedo, levando à aquisição de um repertório lúdico pessoal

1ª Etapa	2ª Etapa	3ª Etapa
Atitude lúdica		
Características		
<ul style="list-style-type: none"> • Despertar da atenção • Despertar da curiosidade • Despertar do interesse • Desejo de conhecer 	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse mantido • Sensação de prazer • Desejo de tomar a iniciativa • Desejo de explorar • Desejo de agir 	<ul style="list-style-type: none"> • Interesse pela ação • Prazer de agir • Iniciativa • Humor • Espontaneidade
Componentes afetivos		
<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de confiança 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de controlar os objetos • Expressão das necessidades • Início da autonomia 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentimento de controle • Expressão das necessidades e dos sentimentos • Autonomia • Tomada de decisões • Auto-estima
Ação lúdica		
Componentes sensoriais		
<ul style="list-style-type: none"> • Olha • Toca • Cheira • Escuta • Leva à boca • Mexe-se 		
Componentes motores		
<ul style="list-style-type: none"> • Pega • Manipula • Conserva uma posição • Mexe-se 	<ul style="list-style-type: none"> • Pega/larga • Abre/fecha • Arremessa/pega • Esvazia/enche • Empilha • Transporta • Troca de posição • Desloca-se 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza ferramentas (lápis, tesoura) • Utiliza vários objetos • Combina diversas ações

O Modelo Lúdico: Modelo da Prática – 87

Tabela 5.1 – Evolução do comportamento lúdico: atitude e ação (continuação)

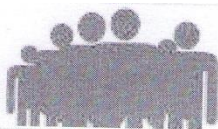
Componentes cognitivos		
<ul style="list-style-type: none"> • Experimenta situação de causa e efeito (início) • Experimenta a permanência de objeto (início) • Reconhece as características fundamentais dos objetos 	<ul style="list-style-type: none"> • Compreende a relação de causa e efeito • Compreende o conceito de permanência do objeto • Compreende o funcionamento dos objetos • Ajuda a resolver problemas • Compreende o desenrolar das atividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Imita • Faz de conta • Cria uma brincadeira • Utiliza os símbolos (brincar de faz-de-conta, desenho, linguagem) • Resolve problemas • Compreende os símbolos • Generaliza
Componentes sociais		
<ul style="list-style-type: none"> • Brinca com um adulto • Brinca sozinho 	<ul style="list-style-type: none"> • Brinca em dupla • Compreende a noção de propriedade 	<ul style="list-style-type: none"> • Divide o brinquedo • Brinca com outros • Cooperar para uma brincadeira comum • Sabe pedir e aceitar ajuda • Pode ajudar o outro • Exprime suas idéias

85-7241-636-6

85-7241-636-6

ANEXO 4

APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



PROJETO DE PESQUISA

Título: Cuidar de Crianças submetidas ao Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas a luz do Modelo Lúdico: uma contribuição da Terapia Ocupacional

Área Temática:

Área 9. A critério do CEP.

Versão: 2

CAAE: 06633612.0.0000.0096

Pesquisador: NEN NALÚ ALVES DAS MERCÊS

Instituição: Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do Parecer: 100.881

Data da Relatoria: 18/09/2012

Apresentação do Projeto:

A unidade de TCTH apresenta restrições indispensáveis à prevenção do agravamento das condições clínicas dos pacientes, que se encontram imunodeprimidos. Tais restrições não são bem compreendidas pelas crianças, pois podem representar a privação do contato com alimentos, objetos e pessoas que lhes são significativos. A brincadeira é a forma privilegiada de intervenção do terapeuta ocupacional junto à população pediátrica, tendo em vista a importância dessa atividade para o desenvolvimento saudável da criança. O Modelo Lúdico é um referencial teórico que propõe a utilização sistemática do brincar na prática da Terapia Ocupacional, com o objetivo de auxiliar a criança a desenvolver uma capacidade de agir e uma atitude que possam conduzi-la a enfrentar mais facilmente os desafios cotidianos. A necessidade de pesquisas relacionadas ao cuidado voltado à população descrita, definiu a seguinte questão de pesquisa: Qual a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao TCTH?

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a aplicabilidade do Modelo Lúdico no processo terapêutico ocupacional de cuidado à criança submetida ao TCTH.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Esta pesquisa não levará a riscos e prejuízos de qualquer natureza aos sujeitos. Por ter caráter acadêmico, os benefícios serão a produção de conhecimento.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um projeto para dissertação de mestrado no curso de pós-graduação em enfermagem. Os objetivos são claros e aplicabilidade fácil pois é um modelo lúdico para a criança hospitalizada por períodos longos após transplante de células tronco no serviço e TMO HC-UFPR. 30 crianças com idade entre 3 e 10 anos

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-900

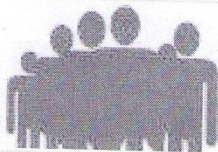
UF: PR

Município: CURITIBA

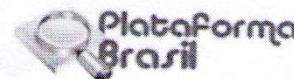
Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br



HOSPITAL DE CLÍNICAS DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PARANÁ - HCUFPR



Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Documentos de acordo.

Recomendações:

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Autores adequaram o TCLE e completaram folha de rosto.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do HC-UFPR, de acordo com as atribuições definidas na Resolução CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do projeto conforme proposto para início da Pesquisa. Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos.

É obrigatório trazer ao CEP/HC uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que foi aprovado, para assinatura e rubrica. Após, xerocar este TCLE em duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma para o participante da pesquisa.

CURITIBA, 18 de Setembro de 2012

Assinado por:
Renato Tambara Filho

Endereço: Rua Gal. Carneiro, 181

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-900

Telefone: (41)3360-1041

Fax: (41)3360-1041

E-mail: cep@hc.ufpr.br

ANEXO 5

AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAÇÃO E ADAPTAÇÃO DO MODELO LÚDICO

Laval, le 12 juillet 2012

Mme Dayane Regina dos Santos
Ergothérapeute
Curitiba
Brésil

Madame,

Je suis très heureuse que vous vous intéressiez au modèle ludique et j'espère qu'il vous sera utile avec votre clientèle.

C'est avec plaisir que je vous autorise à l'utiliser dans le cadre de votre maîtrise.

Je vous souhaite bonne chance dans la poursuite de vos études.

Bien cordialement,



Francine Ferland, erg.
Professeure émérite
Université de Montréal